

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

178

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gérard, Eugène TOUBLANC

Né le 26 Juin 1909, à ANCENIS (Loire-Inférieure)

Contribution à l'Étude
DES PERFORATIONS UTÉRINES
AU COURS
DES AVORTEMENTS CRIMINELS

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gérard, Eugène TOUBLANC

Né le 26 Juin 1909, à ANCENIS (Loire-Inférieure)

Contribution à l'Etude
DES PERFORATIONS UTÉRINES
AU COURS
DES AVORTEMENTS CRIMINELS

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBOULET.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCOQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD EL. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 BENTANO Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE ... Pathologie chirurgicale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CPABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY
 Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MA FIANCEE

A MES SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

A MON FRERE

A MON BEAU-FRERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Hommage de respectueuse gratitude pour
le très grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES FAVREUL

Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien en Chef des Hôpitaux de Nantes

*Qui a été l'inspirateur de ce travail ; qu'il
veuille bien trouver ici l'expression de notre
reconnaissance.*

A MON AMI

LE DOCTEUR PIERRE RIOU

Chef de Clinique Chirurgicale

*Dont les conseils me furent très utiles
dans la conduite de ce travail.*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE NANTES

INTRODUCTION

Notre ami, le Docteur Pierre Riou, ayant eu, cet été, l'occasion de porter le diagnostic de perforation utérine à la suite de manœuvres abortives, nous avons pensé que nous pourrions trouver là un sujet de thèse. Au cours de nos recherches nous avons pu nous rendre compte de la fréquence de ces accidents dans le seul Centre chirurgical de Nantes; nous avons, en effet, réuni trois autres observations récentes.

Nous n'étudierons pas les perforations faites par le chirurgien au cours du curettage, bien que celles-ci soient les plus fréquentes et qu'elles posent un problème de thérapeutique très intéressant. Mais ces perforations sont, en général, d'un diagnostic facile et de plus elles ont fait l'objet de nombreux travaux et discussions à la Société Nationale de Chirurgie de Paris en 1931 et 1934.

Nous voulons seulement apporter notre modeste contribution à l'étude des perforations de l'avortement criminel. Celles-ci sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit puisque nous groupons 30 observations. Elles ont, à notre avis, un intérêt tout spécial, en laissant de côté toute question médico-légale hors de notre compétence, seule retiendra notre

attention la nécessité de faire le diagnostic de façon précoce pour donner aux malades des chances de guérison.

Nous basant sur 30 observations, dont malheureusement quelques-unes sont trop incomplètes, nous avons voulu brosser les principaux tableaux cliniques sous lesquels il faut savoir suspecter, voire même affirmer la perforation criminelle de l'utérus ; tableau d'hémorragie interne, tableau de péritonite ou des deux associées.

Le diagnostic fait, ou seulement suspecté, la conduite à suivre nous semble impérieuse : la laparotomie médiane sous-ombilicale, voie seule capable de permettre de reconnaître et de traiter toutes les lésions.

HISTORIQUE

Ce n'est guère qu'au xx^e siècle que parurent les premiers travaux sur les perforations utérines. Leur anatomie pathologique a bien été précisée dans la thèse médico-légale de Paul (Paris, 1906), Balthazard, Le Clerq et Crépin l'étudiant dans le Bulletin de Médecine légale de janvier 1914; Cotte et Polvin, dans leur rapport au Congrès de Gynécologie de 1921. On ne trouve dans la littérature que des observations éparses jusqu'en 1931. A cette date s'ouvre une discussion importante à la Société Nationale de Chirurgie. La discussion est reprise de nouveau en 1934. Dans leur Thèse, Le Mouel (Paris, 1934) et Weisz (Paris, 1935) en ont résumé le résultat.

Tous ces travaux s'attachent surtout à l'étude des perforations de l'utérus au cours du curettage ou du moins font la plus large part à ces perforations. C'est Bergouignan, dans sa Thèse (Paris, 1931) qui le premier s'attache à l'étude isolée des perforations criminelles. Mondor, dans un livre : « Les Avortements mortels », a repris admirablement le problème.

ETIOLOGIE

1° La fréquence.

La fréquence des perforations utérines de l'avortement criminel doit être grande, beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire, si l'on s'en rapporte uniquement aux observations parues dans la littérature médicale. En effet, bien des malades, craignant la découverte de leur crime, préfèrent se laisser mourir plutôt que d'appeler le médecin, ou le médecin appelé, refusent d'écouter ses conseils et de se laisser conduire à l'hôpital. Bien des fois encore le diagnostic n'est pas fait, soit que la malade meurt sans avoir été opérée et n'est pas autopsiée, soit, ce qui est plus rare, que la malade guérisse sans intervention.

Bien des perforations criminelles de l'utérus n'ont, sans doute, pas été publiées, malgré cela nous n'avons pas eu beaucoup de peine en consultant quelques publications françaises, à réunir ici 30 observations. A Nantes, deux jeunes chirurgiens, à eux seuls, nous ont communiqué 4 observations récentes. Nous sommes persuadé qu'une enquête plus longue nous permettrait d'augmenter considérablement le nombre de nos observations. Nous concluons donc que la per-

foration criminelle de l'utérus est une affection fréquente, avec laquelle on doit compter dans la pratique courante d'urgence.

2° Les auteurs de la perforation.

La discrétion des malades est telle qu'il est souvent impossible d'obtenir le moindre renseignement sur les auteurs de la perforation ou sur le matériel employé. La femme nie toute manœuvre, le chirurgien lui montrerait-il l'utérus enlevé et largement perforé que la malade nierait encore (Obs. XXI). Même si la malade avoue quelques manœuvres, les renseignements qu'elle fournit sont souvent incomplets, voire même erronés.

La perforation peut être le fait de la femme elle-même, d'une amie, d'une matrone, d'une sage-femme, d'un médecin avorteur. Assez souvent, quand la malade fait des aveux, elle s'attribue le geste criminel pour cacher la sage-femme ou le médecin qui l'ont bien chapitrée avant de l'envoyer à l'hôpital. Sur 18 observations où les aveux furent obtenus, les manœuvres furent pratiquées huit fois par la femme elle-même, quatre fois par une sage-femme, deux fois par une matrone, deux fois par un médecin et deux fois par le mari. Nous remarquons que dans deux de nos observations inédites, les malades étaient polonaises, habitaient la même localité, dans la même rue, et sont venues à l'hôpital à deux mois d'intervalle. Il est possible qu'elles aient été perforées

par la même « professionnelle », particulièrement inexperte et brutale.

3° Le matériel employé

Les perforations utérines peuvent être produites suivant deux mécanismes ou par les deux à la fois : l'introduction dans l'utérus d'un objet long, rigide et perforant ou l'injection dans l'utérus d'un liquide caustique qui, par gangrène ou infarctus produit ensuite une perforation.

L'introduction dans l'utérus d'un objet long et rigide est la cause la plus habituelle des perforations criminelles de l'utérus. C'est par ce mécanisme que se produisent les plus beaux tableaux d'hémorragie interne ou de péritonite traduisant la perforation de l'utérus. Dans treize observations où l'instrument est indiqué nous remarquons que six fois la perforation fut produite par une canule, trois fois par une sonde, une fois par l'embout d'une seringue, une fois par un hystéromètre, une fois par une curette et une fois par une baleine de parapluie.

Citons Mondor à ce sujet : « Voici une liste qui, plutôt qu'à être complète ou à étonner, ne vise qu'à informer : épingle à cheveux, aiguille à tricoter, plume d'oie, porte-plume, plume à écrire, canule de verre, sonde métallique, tringle de rideau, baguette de bois, fil de fer, stylet, sonde de gomme, sonde de caoutchouc durci, seringue, hystéromètre, laminaire, dilatateur, baleine de parapluie, ciseaux, branche de cerisier, fémur de poulet, épingle de châle, tige d'al-

gue marine, épi de blé, fourchette d'enfant, pince à pansements, pinces diverses, cure-dents, cure-oreilles, les fuseaux des Hongroises, les aiguilles en bois des Slovaques, les racines de mauve des Roumaines, etc..., etc... ».

L'injection d'une substance caustique, eau de savon, sublimé, etc..., dans l'utérus, peut entraîner, par le seul fait du liquide, un infarctus, une gangrène, un segment mortifié de l'utérus tombe, réalisant ainsi une perforation (Obs. VIII-XX).

Plus souvent ce sera par un mécanisme mixte. La sonde rigide destinée à l'injection abortive est maniée trop brutalement et perfore l'utérus, ainsi dans l'observation de Lecène qui retrouvera une canule en verre cassée dans le ligament large.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques des perforations criminelles de l'utérus sont d'importance majeure dans le pronostic et les indications thérapeutiques. « Essayer de tenir leur registre, sans grave omission, vaut mieux qu'égrener des exemples réconfortants de guérisons spontanées ou que se fixer dans des formules sentencieuses de chirurgie générale. » (Mondor.)

Ces lésions anatomiques peuvent être isolées, portant sur l'utérus seul ou associées à des lésions d'autres organes.

A. -- Lésions de l'utérus.

1° Le siège des lésions.

Il est variable. La plupart des auteurs indiquent comme maximum de fréquence le fond de l'utérus. Dans notre relevé de 30 observations, sur 18 cas où le siège est précisé, c'est le fond de l'utérus qui est atteint neuf fois, l'isthme deux fois, la face antérieure une fois; deux fois la perforation siège au niveau de la corne gauche, quatre fois au niveau de la corne droite.

En réalité, on peut rencontrer des perforations au niveau de la face postérieure, des cornes, des bords latéraux, de la face antérieure; bref, sur tout l'utérus sus-vaginal.

Il faut, d'autre part, distinguer :

Les perforations intrapéritonéales, de beaucoup les plus fréquentes.

Les perforations exrtapéritonéales qui, dans la règle, sont des perforations des bords latéraux de l'utérus. Le corps étranger a pénétré dans le ligament large, où il peut rester inclus (Lecène) et où il cause presque toujours de gros dégâts : lésions de l'uretère, des vaisseaux utérins.

2° Les dimensions.

Le calibre des perforations varie du simple orifice punctiforme (Obs. I) à la large déchirure béante, ayant laissé échapper dans la cavité abdominale le fœtus et les fragments placentaires (Obs. XXI-XXIII).

Bergouignan insiste dans sa thèse sur le fait qu'il n'y a aucun parallélisme entre les lésions du muscle et celles de la séreuse utérine. Il n'est pas rare, en effet, de constater une petite déchirure péritonéale et d'être malgré tout conduit à l'hystérectomie, à cause des lésions très étendues du muscle utérin.

Il existe des perforations à bords nets, taillés à l'emporte-pièce (Obs. IX), le plus souvent on observe des perforations à bords contus, déchiquetés, œdématisés. On conçoit la différence d'indication opéra-

toire dans ces deux cas : la simple suture pourra être tentée dans le premier cas (Obs. IX), l'hystérectomie devant être envisagée dans le deuxième.

Il peut y avoir des perforations incomplètes, muqueuses et musculieuses perforées, la séreuse ne l'est pas (Obs. III-XXIX). Une observation de Mauclaire est particulièrement intéressante à ce sujet; il s'agissait d'une femme de 21 ans ayant subi une tentative d'avortement par injection intra-utérine de liquide caustique. Vue trente-six heures après la perforation, elle présentait un facies péritonéal, un ventre douloureux, ballonné. A la laparotomie on trouva un peu de liquide séreux dans le Douglas. Sur le fond de l'utérus la séreuse était saine, non perforée, mais recouvrait une zone noirâtre. L'opérateur ferma avec un simple drainage.

Dans les jours qui suivirent la température élevée, les vomissements firent penser à une rétention placentaire pour laquelle une tentative de curettage très prudent fut faite le cinquième jour. La mort survint le dixième jour, en pleine péritonite. L'autopsie montra une perforation utérine très large avec péritonite. Il n'est pas douteux que la perforation s'est faite ici à retardement, précédée d'une période de thrombose et de sphacèle utérin.

Presque toutes les perforations ont la même forme : cratère dont l'ouverture la plus large se trouve du côté péritonéal. Ceci est d'ailleurs absolument comparable aux lésions causées par un projectile de guerre dont l'orifice de sortie est éclaté, déchiqueté,

alors que l'orifice d'entrée est le plus souvent punctiforme.

On peut noter des perforations multiples (Obs. II-XX-XXIX).

Au point de vue évolution anatomique, il est des perforations dont les bords se compliquent de gangrène (Obs. XX), d'abcès (Obs. XXVII), d'infarctus.

B. -- Lésions associées.

L'utérus n'est malheureusement pas toujours le seul organe lésé au cours des avortements criminels. Il faut toujours, au moment de la décision thérapeutique, envisager la possibilité de lésions d'autres organes.

1° *Le péritoine* est évidemment le premier atteint, quoique nous ayons vu qu'il pouvait exister des perforations sous-ligamentaires, donc sous-péritonéales.

Dans la grande majorité des cas, cependant, le péritoine est perforé, des débris placentaires et même le fœtus ont pu passer dans la cavité abdominale (Obs. XXI-XXIII).

Quelle va être alors la réaction péritonéale ? Péritonite presque toujours, mais dont l'intensité est très variable.

Il nous semble, en effet, que cette intensité est essentiellement en rapports avec l'élément microbien en cause. Il ne faut pas toujours, comme on le fait classiquement, incriminer le streptocoque. D'autres germes peuvent se rencontrer et, dans deux observations de Loewy il s'agissait de péritonites à pneu-

mobacille de Friedlander dans l'une et d'association pneumocoque-entérocoque dans l'autre.

2° *L'intestin grêle* peut également se trouver atteint (Obs. VIII-XXII-XXIX). Ce qui frappe d'ailleurs, à la lecture de ces observations, c'est qu'il s'agit beaucoup plus souvent de lésions mésentériques qu'intestinales. Le grêle est rarement perforé, peut-être parce que sa paroi élastique fuit devant le corps étranger.

3° *Le mésentère* est, au contraire, souvent déchiré et, chez la malade de l'observation XXII, le grêle se trouvait désinséré de son mésentère sur une longueur d'environ 25 à 30 centimètres, alors que lui-même ne portait que quelques taches ecchymotiques.

Dans la règle l'intestin fait hernie dans la cavité utérine, parfois même dans le vagin : Brown Craig cite l'histoire d'une femme dont un long segment de grêle faisait issue hors de la vulve. Une sage-femme prit ce segment intestinal pour le cordon ombilical, et en sectionna 75 centimètres. Ce n'est qu'en voyant le contenu de ce pseudo-cordon qu'elle comprit, mais un peu tard, son erreur, et fit appel au chirurgien qui opéra et guérit la malade.

4° *Le gros intestin* est plus rarement lésé. Worthmann Maxwell a publié une observation de perforation utérine avec lésion du rectum, et Placentianu a vu une rupture importante de l'anse sigmoïde.

5° *La vessie* peut être déchirée sur sa face postérieure. Le plus souvent, il y a eu déchirure de la face antérieure de l'utérus, et perforation intrapéritonéale

de la vessie au-dessus du cul-de-sac vésico-vaginal.

Les lésions sont plus rarement sous-péritonéales et sont alors dues en général à une perforation du cul-de-sac antérieur du vagin.

Rosenswig cite l'observation de l'une de ses opérées qui présentait une véritable plaie de part en part de la vessie, avec déchirure de la face postérieure et de la face antérieure, et ouverture de la cavité de Retzius.

6° *Les uretères* sont fréquemment lésés dans les perforations des bords latéraux de l'utérus. Plusieurs observations d'Ottow, Rathenow, Klauber, en particulier, relatent des lésions urétérales consécutives à une blessure du ligament large. Ce peut être une simple plaie latérale de l'uretère ou bien une section véritable avec issue du fragment supérieur de l'uretère dans la cavité utérine.

Peham et Katz citent une observation de Lewis : Une femme, « instruite de médecine », usant d'une baleine de parapluie, perfore son utérus et, continuant, perfore le diaphragme.

Enfin, Raemi-Boesch raconte qu'il fut appelé près d'une femme de 38 ans, à laquelle un médecin, quelques heures avant, avait fait un « curage digital » pour hémorragie d'une grossesse de quatre mois. Lorsqu'il arriva il constata que ce que le médecin avait cru être une tumeur était en réalité l'utérus entièrement arraché, hors de la vulve, détaché des trompes, des ovaires, de son insertion vaginale et

ne tenant plus que par une mince bride péritonéale qui fut immédiatement coupée. La laparotomie devait montrer que tout le péritoine pelvien était déchiré jusqu'au squelette. Les artères utérines étaient dénudées.

La rétention des corps étrangers dans le ventre n'est pas très fréquente. Cependant, plusieurs auteurs l'ont rencontrée. Dans le cas cité par Lecène, la canule était dans le ligament large. Schwartz trouve, près du cœcum un crochet d'ivoire. Lewis, Leicester retirent du bassin un morceau de bois. Dans l'observation XXX c'est par la radiographie que fut décelé le corps étranger.

TABLEAU CLINIQUE

La plupart des auteurs répètent qu'il est difficile de donner une description clinique des perforations criminelles de l'utérus en raison de la diversité des moyens employés pour faire l'avortement, en raison de la variabilité extrêmement grande des lésions causées par l'instrument perforateur.

Pour faire ce travail nous avons lu une soixantaine d'observations de perforation criminelle de l'utérus. Nous en publions 30 observations, dont 4 inédites. De l'étude de ces observations nous croyons pouvoir conclure que les perforations criminelles de l'utérus réalisent un tableau soit d'hémorragie interne d'origine génitale, soit d'une péritonite de cause génitale, soit les deux associées. Plus exceptionnellement il s'agira d'une perforation couverte avec péritonite localisée ou même d'une perforation latente.

I. -- Hémorragie interne de cause génitale.

Fréquemment la perforation de l'utérus au cours de l'avortement criminel cause une hémorragie interne importante dont l'origine génitale est le plus souvent facile à découvrir. C'est le cas de 5 de nos observations, Dans les deux premières la perforation

utérine seule était responsable de l'hémorragie, dans les trois suivantes la perforation utérine était associée à une rupture de grossesse tubaire et ces deux causes agissaient pour produire l'hémo-péritoine.

OBSERVATION I

(DESCARPENTRIES)

Mme X... est amenée à la clinique avec le diagnostic d'hémorragie interne. Elle déclare s'être trouvée mal subitement alors qu'elle tournoyait dans un dancing. Elle perdit connaissance et un médecin lui fit une piqûre. La nuit suivante fut relativement agitée ; le lendemain matin, un médecin est appelé. La malade avoue qu'elle a un léger retard de règles. Le ventre est ballonné, très douloureux ; le toucher est presque impossible. Col utérin très douloureux. A cause du facies et de l'état du pouls, on fait le diagnostic d'hématocèle. Laparotomie : abdomen plein de sang et de caillots. Les trompes et les ovaires sont intacts. Sur la face postérieure de l'utérus, presque au sommet de la corne gauche, un petit orifice qui saigne abondamment. Après essai de suture, on fait une hystérectomie.

Par la suite, la malade a avoué avoir coutume de se confier à une professionnelle. Cette fois, au cours de la manœuvre, la femme avait ressenti une violente douleur dans le ventre.

OBSERVATION II

(PARRY)

Une femme de 36 ans, enceinte de six mois, mourut douze heures après avoir été « opérée » par une « professionnelle ». A l'autopsie du cadavre particulièrement exsangue, on trouva la cavité abdominale pleine de

sang. Il y avait plusieurs perforations de l'utérus, par l'une d'elles, l'instrument avait atteint et blessé l'artère iliaque interne droite ; l'ouverture vasculaire était assez large pour laisser passer une plume d'oie. En revanche, l'œuf et les membranes étaient restés intacts.

OBSERVATION IIII

(YOVANOVITCH. *Monde Médical*, 15 juillet 1938)

Mme Guer..., 29 ans, entre le 7 février 1938 à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, pour des douleurs dans le bas-ventre. Retard d'un mois. Quarante-huit heures auparavant, la malade a été prise de douleurs violentes dans la région sus-pubienne avec faiblesse, température et pertes rouges peu abondantes. La malade nie toute manœuvre abortive.

A l'examen, malade très pâle, agitée, température à 38° 5, pouls 140, faible, pertes rouges peu abondantes. Abdomen légèrement ballonné, souple, sensible dans la région sus-pubienne et la fosse iliaque droite. Au toucher, col mou et légèrement entr'ouvert, corps un peu gros, masse para-utérine droite très douloureuse. La ponction du Douglas ramène du sang un peu noir.

Diagnostic : Hématocèle.

Opération sous anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang dans le ventre. Grossesse tubaire droite rompue. Utérus assez gros, portant sur sa face antérieure, près de la corne droite, une perforation sous-séreuse avec hématome autour. Salpingectomie droite. On ne touche pas à l'utérus, car malade très choquée, sans pouls. On place un Mikulicz avec trois mèches et un drain dans le Douglas et on ferme la paroi en un plan aux doubles crins en « 8 ».

Les suites opératoires sont troublées par plusieurs hémorragies, nécessitant deux transfusions et des pan-

sements fréquents. Elle quitte le service le 8 mars 1938. A la sortie de l'hôpital, la malade avoue que la tentative d'avortement avait été faite par un médecin et qu'au moment de l'introduction de l'hystéromètre, elle avait ressenti une douleur violente obligeant le médecin d'interrompre les manœuvres abortives.

OBSERVATION IV

(André RICHARD)

Un médecin étranger, exerçant dans le quartier de Vaugirard, me téléphone un dimanche après-midi, m'annonçant qu'il a fait transporter à la maison de santé une femme dont il craint d'avoir perforé l'utérus pendant un curettage fait dans son cabinet. Je ne connaissais pas ce médecin, il avait envoyé parfois des urgences que j'avais opérées à l'hôpital de Vaugirard ; c'est ainsi qu'il avait connu mon nom. Malgré la volubilité avec laquelle il s'exprima, je ne crus pas un mot de l'explication donnée : la femme ayant soi-disant fait chez elle une fausse couche, serait venue le consulter parce qu'elle continuait à perdre, et pensant qu'il y avait rétention placentaire, il avait voulu la curetter dans son cabinet, sur sa table d'examen.

J'admis en mon for intérieur que, sur la demande de la femme, il avait plutôt essayé par une dilatation et un coup de curette d'interrompre une grossesse au début.

Dès que j'examinai la femme, je fus frappé de son facies altéré et de la couleur que réveillait le palper de l'hypogastre et de la fosse iliaque surtout à droite, et de plus je constatai au spéculum un important écoulement de sang noirâtre par le col, lui-même un peu déchiqueté et dilaté, assez mou d'ailleurs.

Je fis immédiatement une laparotomie, et constatai que la curette, probablement trop audacieuse parce que

n'ayant pas tout d'abord ramené de débris d'œuf ou de placenta, avait perforé l'utérus au niveau de la moitié droite de sa face postérieure près du fond, et, au delà, perforé également une grossesse tubaire qui inondait le péritoine et laissait couler par la perforation utérine, du sang noirâtre.

Je fis une hystérectomie avec large drainage vaginal. Les accidents abdominaux s'amendèrent rapidement ; mais la température resta élevée, et en quarante-huit heures, j'assistai, malgré transfusion, sérum, injections colloïdales intraveineuses, à une septicémie qui emporta la malade.

Des renseignements contradictoires du médecin, de la malade et de son mari, ne m'ont pas permis de préciser la date du curettage perforant, mais j'incline à croire qu'il remontait peut-être à la veille, ce qui expliquerait l'état grave, dès mon premier examen, de la malade, et la septicémie que l'ablation du foyer initial ne permit pas de conjurer.

OBSERVATION V (HAMMERSCHLAG)

Une jeune femme de 30 ans, se croyant enceinte, tente elle-même, avec un instrument, de se faire avorter. L'opération fut très douloureuse et compliquée de syncope. La malade vint à la clinique très pâle et à peu près sans pouls. Abdomen douloureux distendu, mat dans les fosses iliaques. Intervention : Une perforation utérine et une rupture de grossesse extra-utérine qui saignait plus encore.

En somme, l'étude de ces cinq observations nous permet d'affirmer que la perforation criminelle de

l'utérus coexistant ou non avec une grossesse tubaire peut donner lieu à un tableau de la rupture cataclysmique d'une grossesse ectopique.

C'est une malade qui avoue le plus souvent un retard de règles, qui avoue se savoir enceinte, parfois, mais rarement, raconte ses manœuvres abortives. A son arrivée à l'hôpital, la femme est saignée à blanc : pâle, décolorée, refroidie. Elle a éprouvé, quelques heures auparavant ou la veille une douleur syncopale dans le bas-ventre. Le pouls rapide, la température plus élevée, la respiration rapide, les troubles subjectifs habituels des hémorragies, tous les symptômes font penser à une hémorragie importante. Or, les hémorragies externes, ordinairement peu abondantes, n'expliquent pas cet état lypothymique.

L'examen doit faire le diagnostic : à l'inspection un léger ballonnement du ventre; à la palpation une douleur et une légère tension, mais sans aucune contracture vraie de l'hypogastre et des fosses iliaques; à la percussion, parfois, une matité déclive; surtout au toucher vaginal : un col entr'ouvert ou non, une mobilisation utérine extrêmement douloureuse, un cri du Douglas extrêmement typique. Si ce tableau est complet, on peut, à coup sûr, laparotomiser la malade, on tombera sur une perforation utérine ou une grossesse tubaire rompue, ou les deux associées.

Si non, il faut se méfier. L'existence d'une mobilisation utérine douloureuse, d'un cri du Douglas au toucher doivent rendre circonspect avant de se lan-

cer dans un curettage pour hémorragie abondante post-abortum. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question au diagnostic.

II. — Péritonite généralisée d'origine génitale.

Fréquemment la perforation criminelle de l'utérus donne lieu à un tableau d'hémorragie interne, le plus souvent elle cause une péritonite en raison de la septicité des instruments et des manœuvres abortives. C'est une péritonite généralisée dont l'origine génitale est le plus souvent facile à reconnaître : Nous avons réuni 15 observations où ce tableau est réalisé : trois de ces observations sont inédites.

OBSERVATION VI

(*Inédite.* D^r MOISNARD)

Mme Marie Sa..., polonaise, 31 ans, ménagère, demeurant à Couëron, est envoyée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 18 mai 1934, pour fausse couche, par le Docteur Perrodo.

Cette femme, après un retard de règles de trois mois, présente des métrorragies depuis deux jours. Sa fausse couche n'est pas faite.

La température est à 39° 5. Le pouls est rapide.

A la palpation, on trouve de la défense et de la douleur de la zone sous-ombilicale, mais pas de vrai ventre de bois.

Le toucher vaginal reconnaît un col ouvert admettant facilement l'index.

Devant un tel tableau, sous anesthésie générale, le Docteur Moissnard fait une exploration prudente de l'utérus. Sans dilatation préalable, il introduit doucement

la grosse curette mousse dans l'utérus. Il sent immédiatement que sans effort, la curette s'enfonce profondément et conclut à une perforation. Aidé du Docteur Pelletier, il pratique aussitôt une laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'incision du péritoine : très peu de sang, pas de pus dans le ventre. Au niveau du fond de l'utérus : existence d'une perforation de la taille d'une pièce de un franc, à contours irréguliers et nécrotiques.

Hystérectomie subtotale. Drainage vaginal au moyen d'une mèche passée par le col. Drainage abdominal par une mèche et un drain. Glace sur le ventre et vaccination antityphogène.

Hospitalisée salle 13, dans le service du Professeur Favreul, la malade ne présenta aucune complication post-opératoire et sortit complètement guérie le 4 juin 1934.

OBSERVATION VII (Inédite. D^r MOISNARD)

Mme Maya..., 40 ans, polonaise, demeurant à Couëron, est envoyée à l'Hôtel-Dieu de Nantes pour « Infection post-abortive », le 19 mars 1934.

A son arrivée, elle est examinée par l'interne de garde. C'est une femme qui, quatre jours auparavant, a fait une fausse couche. Les métrorragies sont arrêtées depuis trois jours et ont été remplacées par des pertes fétides. Mais la malade s'est mise à souffrir du ventre, elle a vomi plusieurs fois, elle est constipée. La fièvre est élevée à 40° 9. Le pouls faible bat à 130. L'état général semble défaillant.

A l'examen : le ventre est ballonné, respire mal, la palpation provoque de la douleur diffuse dans tout l'abdomen et prouve de la contracture sous-ombilicale. Le toucher vaginal trouve un col ouvert, des culs-de-sac

tous douloureux, une mobilisation utérine très douloureuse. Cette malade présente donc un tableau de péritonite d'origine génitale typique. Elle est envoyée salle 9 avec de la glace sur le ventre et des toni-cardiaques.

Elle est vue dans le service, le lendemain matin, par le Docteur Moissard, lors de sa visite. L'état de la malade s'est encore aggravé. Elle gémit sans arrêt, vomit fréquemment, la température à 40°, le pouls petit, le facies péritonéal, le ventre est ballonné, douloureux, tendu. Le toucher vaginal provoque de la douleur aux culs-de-sac. Le Docteur Moissard conclut à une péritonite par manœuvres abortives bien que la malade ne fasse pas d'aveux.

L'intervention est pratiquée immédiatement sous anesthésie générale. A l'ouverture du ventre, pus en abondance. Perforation du fond utérin à contours déchiquetés de la taille d'une pièce de vingt francs.

Hystérectomie subtotale rapide, un drain dans le col restant, Mikulicz et drainage abdominal.

Malgré l'opération, la malade n'alla pas mieux. Quatre jours plus tard, le 24 mars, elle était ramenée mourante chez elle par sa famille. Elle décédait une heure après son arrivée. Cette mort eut, vraisemblablement été évitée par un diagnostic et une intervention plus précoce.

OBSERVATION VIII

(*Inédite.* D^r MOISSARD)

Mlle Madeleine B..., 21 ans, journalière, demeurant à Nantes, est envoyée à l'Hôtel-Dieu, le 29 novembre 1935. A son arrivée, elle est examinée par le service de garde qui obtient des aveux d'un retard de règles de deux mois, d'une injection intra-utérine d'eau savonneuse pratiquée deux jours auparavant au moyen d'une sonde effi-

lée rigide. A l'examen, l'interne de garde constate un léger ballonnement abdominal, un col utérin non ouvert, des culs-de-sac douloureux. Il l'envoie salle 16, service du Professeur Favreul, en prescrivant de la glace sur le ventre et deux centimètres cubes de propidon.

La malade est examinée dans le service, le 1^{er} décembre. Elle se plaint de douleurs abdominales, vomit fréquemment, elle a un arrêt des matières et des gaz. Aucune hémorragie, aucune perte fétide. La fièvre est à 40°. Le pouls est rapide. L'abdomen est ballonné. Ce météorisme s'accompagne de contracture sous-ombilicale prédominant dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher : le col est à peu près fermé, les culs-de-sac sont très douloureux. La mobilisation utérine arrache des cris à la malade. Le toucher combiné au palper semble percevoir un corps utérin globuleux beaucoup plus gros qu'il ne doit l'être d'après l'âge présumé de la grossesse.

Le 2 décembre, au matin : mise en place d'une laminaire N° 10 qui le soir est remplacée par une laminaire N° 18.

Le 3 décembre, sous anesthésie générale, le Docteur Moissard veut pratiquer un curettage. La dilatation aux bougies d'Hegar est très difficile. Le Docteur Moissard pratique une incision antérieure et une incision postérieure du col. Dès que la dilatation du col est obtenue, il s'écoule hors de l'utérus un flot de pus et de gaz horriblement fétides. Il semble que cette quantité de pus est plus importante que ne l'admettait le volume de l'utérus, on introduit prudemment une grosse curette mousse qui ramène d'emblée une anse grêle, complètement désinsérée de son mésentère et d'aspect grisâtre.

Le Docteur Moissard pratique aussitôt une laparotomie médiane sous-ombilicale. Il tombe sur un magma

d'anses grêles descendues dans le bassin, entourant l'utérus, adhérentes entre elles et à l'utérus, baignant dans du pus fétide. Dans l'impossibilité d'effondrer ces adhérences, le chirurgien se contente d'amener une anse grêle à la peau, de mettre un drain, et de fermer le reste de la plaie en un plan aux fils d'argent. Quelques jours après, fistulisation de l'anse grêle.

Le 17 décembre, la malade quitte l'hôpital pour aller mourir chez elle peu après.

OBSERVATION IX

(YOVANOVITCH, Le Monde Médical, 1938)

Mme Hamb..., 24 ans, entre le 17 mars 1937, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, pour un syndrome abdominal aigu. Trente-six heures auparavant, elle a été prise de douleurs abdominales violentes avec syncope. Les douleurs ont persisté avec vertige et altération de l'état général. La malade nie absolument toute espèce de manœuvre.

A l'examen, malade fatiguée, pâle surtout, température à 38°, pouls à 120, faible. Sensibilité et défense de la région sous-ombilicale. Au toucher, le col est légèrement ramolli, le corps ne paraît pas gros, masse pâteuse et douloureuse dans le Douglas, sensibilité très marquée du cul-de-sac gauche. Le doigt revient avec quelques gouttes de sang noir.

Diagnostic : Hématocèle.

Opération sous anesthésie, à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, pas de sang, le grêle est rouge et congestionné, pus dans le petit bassin. Appendice normal. Annexes normales. Utérus de volume normal, en rétroflexion. En le relevant, on remarque sur la partie postéro-gauche de l'isthme une perforation, des dimensions d'une pièce de 50 cen-

times, à bords nets, sans dilacération ni nécrose des tissus autour, partiellement bouchée par les fausses membranes. Suture de la perforation au catgut N° 2. Mikulicz avec trois mèches et un drain dans le Douglas. Paroi en un plan au crin en « 8 ».

Les suites sont favorables. La malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines. Revue en décembre 1937, elle a avoué qu'elle s'était mise une sonde en verre et qu'immédiatement après, elle avait ressenti une douleur synopale.

OBSERVATION X

(Charles VIANNAY)

Jeune femme amenée à l'hôpital quatre jours après un avortement. Métrorragies abondantes, 38° 5, facies grippé, ballonnement de l'abdomen, vomissements porracés, pouls 120.

Le toucher vaginal permet de sentir un col mou et ouvert et de l'empâtement diffus du cul-de-sac postérieur ; la moindre tentative de mobilisation de l'utérus éveillait de vives douleurs. Bref, l'avortement récent était évident, mais les symptômes de péritonite dominaient la scène. Il pouvait s'agir, soit d'une péritonite puerpérale consécutive à un avortement septique, soit d'une péritonite par perforation de l'utérus ; perforation due à l'instrument avorteur, ou survenue au cours d'un curettage fait ailleurs. La malade et son entourage restaient absolument muets au sujet des commémoratifs.

Sous éthérisation, j'abaissai le col, j'enlevai un débris de membrane sortant par l'orifice externe et je cathétérisai très prudemment la cavité utérine avec une longue curette que je poussai à peine, la portant juste assez pour la faire pénétrer. Or, sans aucun effort, sans avoir senti la plus petite résistance, je vis ma curette s'enga-

ger de toute sa longueur ; il y avait certainement une perforation utérine pré-existante. Hystérectomie vaginale. A l'incision du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac antérieur, il s'écoula du liquide louche contenant en suspension de fausses membranes. Guérison.

Examen de la pièce : le fond utérin porte en son milieu une perforation arrondie, du diamètre d'une pièce de un franc, autour de laquelle le péritoine utérin est soulevé et décollé par une infiltration puriforme. Au fond de cette petite collection sous-séreuse, apparaît la perforation des tuniques musculaires, qui sont en pleine suppuration. Dans la cavité utérine, il n'y a plus de débris placentaires reconnaissables, mais seulement quelques lambeaux de membranes adhérant à la muqueuse elle-même infiltrée de pus.

OBSERVATION XI

(DUNHAM)

Une jeune femme est amenée à l'hôpital avec douleur abdominale aiguë, distension et abdomen contracturé. L'histoire amenait à la conclusion qu'elle avait certainement une rupture d'un viscère tel que l'estomac ou le duodénum. A la radiographie, on trouva de l'air libre intra-péritonéal. Mais il s'agissait bien de mutilation viscérale, c'était de perforation utérine et non de perforation de tube digestif. Une sonde métallique avait été employée pour pratiquer l'avortement.

OBSERVATION XII

(LAGUIÈRE, *Thèse* de LE MOUEL)

Mme P..., 42 ans, adressée le 25 juillet 1930. Retard de trois semaines, manœuvres abortives la veille. Pertes sanglantes. Température à 38° 5.

Abdomen douloureux, légèrement contracturé dans la région sus-pubienne. Toucher douloureux qui montre un utérus dévié avec empâtement du cul-de-sac gauche et du Douglas.

Sous anesthésie générale : exploration prudente de l'utérus qui montre une perforation de sa face postérieure.

Laparotomie immédiate. On découvre une perforation utérine ; une grossesse extra-utérine gauche avec quelques caillots dans le Douglas.

Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Drain. Guérison sans incident.

OBSERVATION XIII

(D^{re} MARQUIS, BRAULT et BE... *Thèse* de LE MOUËL)

Perforation utérine consécutive à des manœuvres abortives non avouées et ayant entraîné la mort par péritonite généralisée.

Mme X..., 35 ans environ.

Le Docteur Be... est appelé le jeudi auprès de sa cliente, pour métrorragie abondante consécutive à un retard de règles de quinze jours environ ; le praticien pense à une fausse couche simple et appelle le Docteur P. Brault. A son arrivée, celui-ci constate :

Température 38° 5, pouls à 110. Le ventre est sensible dans toute son étendue ; il existe un certain degré de défense musculaire dans la région sous-ombilicale. Le toucher vaginal est très douloureux, en particulier au niveau du Douglas. Le Docteur Brault pense à une fausse couche provoquée et à une perforation utérine ; il fait sortir toute la famille qui entoure la patiente, interroge celle-ci et lui expose que si c'est une perforation utérine, on peut la sauver en lui faisant une hystérectomie ; la malade nie absolument toute espèce de manœuvre. Dans

ces conditions, on abandonne le diagnostic de perforation utérine et on pense à une pelvipéritonite, peut-être gonococcique : on se contente du traitement médical : glace sur le ventre, etc..., etc..., le curettage paraissant formellement contre-indiqué par la réaction péritonéale. La température continue de s'élever, les symptômes péritonéaux deviennent plus nets.

Le lendemain, le Docteur Be..., médecin habituel l'interroge en particulier, elle nie avec la dernière énergie. Malgré cela, on fait venir le Professeur Marquis, qui n'est pas d'avis, dans ces conditions, de lui faire une hystérectomie.

Les jours suivants, le samedi et le dimanche, les symptômes vont s'aggravant, le traitement médical paraissant ralentir mais non enrayer l'évolution de la maladie.

Le lundi, à sa consultation, le docteur Be..., voit arriver une amie de sa cliente qui lui dit « venir libérer sa conscience », que « son amie lui a fait ses confidences » et que, quarante-huit heures avant la première visite du docteur Be... « son amant avait cherché à la faire avorter avec une baleine de parapluie ».

Mais à ce moment, la malade est mourante, et elle succombe dans la soirée, avec tous les signes de péritonite généralisée, et avec toute sa connaissance.

Elle a préféré mourir plutôt que d'avouer les manœuvres qu'elle a subies.

OBSERVATION XIV

(Lœwy, *Thèse* de BERGOUIGNAN)

Mlle D... Solange, 17 ans, entre le 28 mai 1930, à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière, dans le service de notre maître, le Professeur Gosset.

Elle présente un syndrome de péritonite aiguë généra-

lisée, avec température à 40°, pouls incomptable, facies péritonéal, vomissements fréquents.

A l'examen, abdomen distendu présentant, à la palpation de nombreux gâteaux irréguliers, prédominant dans les deux fosses iliaques.

Mais on est surtout frappé par une plaie siégeant au niveau de l'ombilic, irrégulière, longue de 2 à 3 centimètres.

La malade délire, et semble dire « qu'on lui a fait quelque chose parce qu'elle était enceinte ».

Le diagnostic de péritonite par perforation utérine aurait paru logique s'il n'y avait eu cette plaie ombilicale qui orientait plutôt l'esprit vers celui de péritonite à pneumocoques.

De toutes façons, d'ailleurs, la fin n'était qu'une question d'heures, et l'on ne pouvait songer à tenter quoi que ce soit de chirurgical.

La malade meurt, en effet, quelques heures après son admission. L'autopsie, faite par le Docteur Ivan Bertrand, montra les lésions suivantes :

« Péritonite généralisée. Volumineux hématome de la région lombaire gauche et de la fosse iliaque.

« Perforation utérine largement béante au niveau du fond. Une longue sonde en caoutchouc est trouvée dans la cavité abdominale, au milieu de fausses membranes purulentes.

« Il existe en outre une plaie béante au niveau de l'ombilic, plaie oblique en bas et en arrière, pénétrante, et pouvant admettre le petit doigt. »

Une enquête discrète permit alors d'apprendre que l'auteur de l'avortement avait vu disparaître la sonde dans l'abdomen, et n'avait pu la rattraper. Il avait alors fait une petite incision abdominale, espérant ainsi, mais en vain, supprimer le corps du délit !

OBSERVATION XV

(LÆWY, *Société de Chirurgie*, 1930. Séance du 26 mars)

Péritonite diffuse par perforation d'un utérus gravide. Hystérectomie abdominale subtotale. Mikulicz. Guérison.

Mme J..., 37 ans, admise le 28 avril 1938, salle Terrier, pour fausse couche de deux mois.

Manœuvres abortives avec sonde rigide, suivies de douleurs vives abdomino-pelviennes, pertes sanguines.

Température élevée à 40°. Ballonnement. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements bilieux, puis porracés.

Etat général très grave. Météorisme généralisé du ventre. Défense, sans contracture vraie ; submatité dans les flancs. Température à 37°, pouls faible à 140.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pus fétide, diffusé à la grande cavité. L'utérus est rouge, vascularisé, mou, augmenté. Perforation de la corne utérine droite.

Hystérectomie, Mikulicz, paroi en un plan aux bronzes. Guérison.

OBSERVATION XVI

(LÆWY, *Thèse de LE MOUEL*)

Péritonite généralisée après manœuvres abortives. Drainage abdominal. Hystérectomie dans un deuxième temps. Guérison.

Mme F..., 28 ans, admise le 27 mars 1929, salle Terrier. Fausse couche de deux mois. Température, frissons, vomissements, ballonnement et défense.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pus fétide, ébauche de cloisonnement pelvien. Drainage simple de la péritonite. Guérison. Mais fistule hypogastrique purulente.

Deuxième opération le 4 juin 1929. Hystérectomie rendue très difficile de par l'importance des adhérences.

La pièce examinée, on constate que l'orifice fistuleux de la paroi conduit dans une ouverture de la corne utérine droite, au point d'implantation de la trompe.

OBSERVATION XVII

(J. L. FAURE, *Société Nationale de Chirurgie*,
18 avril 1934)

Il s'agit d'une jeune femme que j'ai opérée pendant la guerre ; enceinte de quatre mois, dans des conditions irrégulières, elle avait subi des manœuvres abortives d'ailleurs parfaitement avouées ; j'eus l'occasion de la voir quelques jours après dans des circonstances assez dramatiques. Elle avait 40° avec des frissons. Son état était inquiétant. Le lendemain, elle avait 41° et la situation s'était encore aggravée.

« Je pratiquai alors une hystérectomie vaginale qui se passa sans difficultés. Amélioration immédiate. Mais pendant une huitaine de jours, l'état général resta encore assez sérieux. C'est alors que l'infirmière, apercevant à la vulve quelque chose d'anormal, retira un fœtus de quatre mois qui, au cours de la descente de l'utérus pendant l'hystérectomie, avait dû être énuclée dans le ventre à travers une perforation qui, sous la poussée de bas en haut exercée par le fœtus, avait dû s'agrandir et se confondre avec l'incision de la paroi antérieure de l'utérus, poussée peu à peu jusqu'au fond au cours de l'abaissement de l'organe pendant l'opération. »

OBSERVATION XVIII

(R. RISS)

Une jeune femme de 22 ans, qui avait subi une injection intra-utérine d'une sage-femme arrive trente-deux

heures après dans un état de prostration extrême, avec hoquet, gémissements, subictère, faciès terreux, excavé, pouls incomptable, hypothermie, un ventre douloureux avec contracture ; elle succombe quatre heures plus tard.

L'autopsie montra la péritonite putride, le flot de pus, la perforation utérine.

OBSERVATION XIX

(TISSIER et VEZARD)

Une femme, pour se faire avorter, introduit une canule en os dans l'utérus, mais quand elle injecte le liquide, il lui semble qu'il se répand dans tout le ventre. Elle ressent en même temps une sensation d'étouffement et de constriction thoracique. Le lendemain, signe de péritonite par perforation. Laparotomie, épanchement purulent de la grande cavité, perforation utérine à contours déchiquetée, sanieux, noirâtres.

OBSERVATION XX

(PAPERNA)

Etiologie mixte : instrument et eau savonneuse.

La malade avait opéré elle-même et avait été prise, aussitôt après, de douleurs atroces et de vomissements. Elle vint à l'hôpital, huit jours après, avec déjà, des signes péritonéaux trop nets, paroi abdominale contracturée, retractée, et des signes de septicémie. Elle mourut le lendemain ; on découvrit la gangrène de l'utérus surtout à l'union du col et du corps, et une large perforation à ce niveau ; au niveau du fond, deux petites perforations.

De la lecture de ces quinze observations il est facile

de conclure que les malades se sont présentées avec les symptômes suivants :

Début fréquent par une douleur en coup de poignard.

Douleur dans le bas-ventre, vomissements, fréquemment arrêt des matières.

Fièvre élevée à 39°-40°. Pouls rapide. Facies péritonéal précoce.

A l'inspection, un ventre ballonné, respirant et toussant mal.

A la palpation : une contracture généralisée parfois, localisée ou du moins prédominante à l'étage sous-ombilical. Contracture, signe de la plus haute valeur traduisant l'atteinte péritonéale et commandant la laparotomie d'urgence.

Au toucher vaginal : un col ouvert, ramolli, parfois fermé, des culs-de-sac toujours très douloureux, surtout le postérieur; une mobilisation utérine qui arrache des cris à la malade, des pertes sanglantes ou fétides; autant de signes qui traduisent l'origine génitale de la péritonite.

Au spéculum : parfois des lésions de déchirure ou des zones violacées, infarciées du col.

En somme, le clinicien averti doit arriver facilement au diagnostic de péritonite d'origine génitale. Ce n'est que s'il voit la malade à une période tardive (Obs. VIII et XXV) que l'hésitation est permise. Avec ou sans les aveux de la malade, il doit arriver à un diagnostic qui le conduise à pratiquer une laparotomie sous-ombilicale.

III. -- Hémorragie interne et péritonite d'origine génitale.

Fréquemment la perforation de l'utérus par manœuvres abortives réalise un tableau combiné d'hémorragie interne et de péritonite. La perforation, en même temps qu'elle saigne, comme elle est presque toujours septique, inocule le péritoine. De ce fait résulte un syndrome clinique, à notre avis très caractéristique, qui doit ne pas faire hésiter le diagnostic. Ce syndrome existe dans les quatre observations suivantes, dont la première, inédite, nous a fourni l'idée de ce travail.

OBSERVATION XXI

(*Inédite. Dr P. Riou*)

Mme D... Marguerite, 35 ans, ménagère, demeurant à Nantes, est envoyée à l'Hôtel-Dieu, le 30 août 1938, à 3 heures du matin, pour métrorragie, par son médecin, le Docteur Luneau. A 4 heures du matin, le Docteur Riou, chirurgien de garde, est appelé par l'interne pour examiner cette malade. Il se trouve en présence d'une femme qui, au premier aspect, semble mourante : respiration extrêmement rapide, téguments et muqueuses décolorés, extrémités refroidies, pouls à 160 environ, température 39° 5.

L'interrogatoire apprend que cette femme, d'habitude bien réglée, n'a pas eu ses règles depuis le 13 juin. La malade avoue se savoir enceinte. Sa grossesse aurait été troublée par deux métrorragies de sang rosé peu abondant, et trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu,

par des crises douloureuses pelviennes qualifiées de salpingite par le médecin consulté.

La veille de son entrée à l'hôpital, le 29 août au soir, vers 19 heures, la malade a éprouvé une douleur extrêmement violente dans l'hypogastre ; en même temps, se produisait une métrorragie peu abondante.

A l'examen : On se trouve en présence d'une femme très agitée, gémissant et se plaignant de soif d'air. Quand on la découvre, on voit que l'étage sous-ombilical de l'abdomen ne respire pas. A la palpation, tout l'étage sous-ombilical est contracturé. C'est un vrai ventre de bois. Cette palpation est très douloureuse. La percussion ne révèle pas de matité déclive.

Toucher vaginal : La malade saigne par le vagin, mais peu. Le doigt arrive sur un col entr'ouvert admettant à peu près l'index. Le toucher des deux culs-de-sac latéraux est douloureux, mais le toucher du Douglas l'est beaucoup plus encore. On ne peut, en raison de cette douleur des culs-de-sac et la contracture sous-ombilicale, percevoir les annexes ni le corps utérin. La mobilisation du col arrache des cris à la malade.

Devant un tel tableau clinique : A cause de la contraction sous-ombilicale peu habituelle dans les cas de grossesses tubaires ; à cause du syndrome d'hémorragie interne très grave contrastant avec le peu d'abondance des métrorragies externes, le Docteur Riou pense à une perforation utérine par manœuvres abortives. La malade est interrogée sur les manœuvres qu'elle a pu pratiquer, mais elle nie énergiquement toute tentative d'avortement. On n'en décide pas moins la laparotomie immédiate. La malade est placée sur la table d'opération ; elle se confesse. Après la confession, le chirurgien, espérant sans doute plus de sincérité, s'isole avec la malade et lui explique l'utilité de ses aveux pour la conduite



OBSERVATION XXI

de l'intervention. Il lui demande encore une fois d'avouer le genre de manœuvres qu'elle a pu pratiquer, mais elle s'obstine encore à nier.

Anesthésie générale, laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang et un fœtus long de 10 cm. On examine les anses intestinales en place qui semblent normales. La malade est mise en position de Trendelenburg. Utérus gros comme le poing. Sur le fond utérin, une perforation large comme une pièce de deux francs, à contours irréguliers par où fait saillie le placenta dont une partie est passée dans le ventre. On se met immédiatement en devoir de pratiquer une hystérectomie subtotale très facile, péritonisation, un drain dans le Douglas, fermeture de la paroi abdominale en trois plans.

Soins post-opératoires : sérum intra-veineux au pli du coude 500 centimètres cubes. Echec d'une tentative de transfusion de sang au bras. La malade est ramenée dans son lit, elle est mourante. Incision sous anesthésie locale du triangle de Scarpa sur la ligne de ligature de la fémorale. Transfusion de 500 cc. dans la veine fémorale. Avant la fin de la transfusion, la malade commence à revenir à elle. On lui demande quelle manœuvre elle a pu pratiquer pour avoir une perforation utérine, mais elle continue à nier toute manœuvre abortive. La malade a reçu en outre : sérums antitétanique, antigangréneux et antistreptococcique.

Suites opératoires excellentes : Hospitalisée salle 17, dans le service du Professeur Favreul, la malade se remonte peu à peu. Le quatrième jour, au matin, on enlève le drain. Mais le soir de ce même jour, vers 20 heures, l'interne du service vient signaler au Docteur Riou que la malade est au plus mal. Il pense à une occlusion post-opératoire. Le Docteur Riou se rend au

lit de la malade qui vomit sans arrêt depuis 8 heures ; le facies est des plus alarmants, les yeux sont cernés, le nez pincé, elle est secouée de hoquets et de vomissements incessants, le poul est incomptable. A l'examen du ventre, il n'y a pas de météorisme localisé pas plus à l'étage sus-ombilical que sous-ombilical. Cependant, devant un tel tableau, on pense à une dilatation aiguë de l'estomac et on met en pratique la thérapeutique habituelle : lavage d'estomac qui ramène un liquide noirâtre, fétide et abondant. Aussitôt après position genu-pectorale, puis ventrale, que la malade observa toute la nuit. Après le lavage d'estomac, cette femme ne présente au cours de la nuit ni hoquet, ni vomissement. Le lendemain, elle allait très bien.

Dans les jours suivants, la sœur du service obtient de la malade des aveux. Se sachant enceinte, elle avait pratiqué plusieurs tentatives d'avortement. La veille de son entrée à l'hôpital, elle avait voulu se faire avorter avec une canule de verre qui, introduite dans l'utérus, y produisit la perforation.

Sortie de l'hôpital le vingtième jour, elle se porte actuellement très bien.

OBSERVATION XXII

(BERGOUIGNAN)

Mme P..., 23 ans, entre d'urgence à l'hôpital, le 26 avril 1930, à 2 heures du matin, dans les conditions suivantes :

Son médecin, le Docteur Spindler, avait été appelé auprès d'elle pour une fausse couche de trois mois environ, avec rétention placentaire et hémorragie durant depuis trois jours. Avant toute introduction d'instrument métallique dans l'utérus, il tente un curage digital et ramène à la vulve une anse intestinale au lieu de pla-

centa. Il fait alors transporter d'urgence la malade à l'hôpital, où nous sommes appelé à l'examiner.

On se trouve en présence d'une femme profondément choquée, pâle, au nez et aux extrémités refroidis. Pouls petit, mal frappé, à 120.

L'abdomen est légèrement contracturé à sa partie inférieure, et l'on provoque une vive sensibilité dans tout l'hypogastre. Le toucher n'est pas fait, pour éviter tout risque d'infection, le renseignement donné par le Docteur Spindler étant largement suffisant pour poser une indication opératoire d'urgence.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, on voit une grande quantité de sang librement épanché dans la grande cavité. Pas de pus ni de fausses membranes. On se porte vers l'utérus qui présente à sa face postérieure une très large déchirure transversale par laquelle s'échappe du sang d'une manière continue. Mais, de plus, une anse grêle pénètre dans cette déchirure utérine. On l'en dégage et on la met de côté, réservant son examen à plus tard.

On fait alors rapidement une hystérectomie susvaginale ; on place dans le moignon cervical un gros drain que l'on fixe au col par un catgut, et on péritonise soigneusement au-dessus de ce drain.

On se porte alors vers l'anse intestinale. Celle-ci présente à sa surface de nombreuses taches ecchymotiques mais surtout elle est complètement désinsérée du mésentère sur une longueur d'environ 25 cm. La déchirure mésentérique saigne assez abondamment. On en fait l'hémostase, puis on résèque le segment de grêle désinséré. Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale au fil de lin. Mikulicz. Fermeture de la paroi en un plan à la soie N° 3.

La malade est très choquée au moment où on la remet

dans son lit. Nez et extrémités froids. Pouls imperceptible. On la dope largement avec tonicardiaques, sérum physiologique.

Les suites opératoires ont été particulièrement favorables. La température reste entre 38° 5 et 38° pendant les quatre premiers jours, le pouls aux environs de 100. La malade rend spontanément des gaz le 3^e jour, et a une selle, également spontanée, le 7^e jour.

Ablation du Mikulicz le 11^e jour. Le drain vaginal tombe spontanément.

La malade sort en très bon état le 23 mai 1930, soit au 27^e jour de l'intervention. Elle est revue depuis, à plusieurs reprises, sa paroi abdominale est solide, son transit intestinal normal.

Nous avons cherché à savoir par quels moyens un tel traumatisme utérin a pu être obtenu. L'utérus était, en effet, particulièrement déchiqueté à sa face postérieure, et en certains points de celle-ci, n'existait plus que le revêtement péritonéal. Celui-ci était d'ailleurs lui-même horizontalement déchiré sur 4 centimètres environ. Nous avons alors pu apprendre que la malade avait essayé de se faire avorter une première fois avec une sonde en gomme, trois jours avant son entrée à l'hôpital. Après plusieurs tentatives, sans doute insuffisantes, elle avait renforcé la sonde par un mandrin en fil de fer. Elle sentit alors brusquement la résistance utérine céder, et la sonde pénétra très profondément. Mais, fait intéressant, elle fut extrêmement difficile à ramener. Il est vraisemblable que le mandrin s'étant recourbé, la sonde a agi à la manière d'un crochet, et après avoir pénétré dans l'abdomen, a ramené avec elle une anse intestinale qu'elle a ainsi véritablement « crochétée ».

OBSERVATION XXIII
(WEISZ, *Thèse*, Paris, 1935)

Mme B... Georgette, primipare, âgée de 27 ans, vient le 10 décembre 1934 à la consultation des femmes enceintes de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine. Ses dernières règles datent du début du mois d'octobre. A l'examen on trouve : un utérus irrégulièrement développé avec dilatation de la corne droite; grossesse de deux mois environ; ovaire droit rétrolabé et douloureux. T.A. : 11-7.

Le 11 décembre, à 22 h. 30, la femme ressent brusquement une douleur brutale dans le bas-ventre et, dans un état syncopal, on la transporte d'urgence à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine. La malade présente des signes d'hémorragie interne, son pouls est rapide, sa température est de 38°; à la palpation on décèle une défense abdominale et au toucher vaginal le Douglas est très douloureux.

A 23 h. 15 : Laparotomie médiane sous-ombilicale, par le Docteur Sureau. Environ 1 litre 1/2 de sang dans la cavité péritonéale. L'utérus présente, au niveau de la face postérieure de la corne droite, une perforation irrégulière longue de 15 $\frac{m}{m}$, d'où l'on voit sortir un œuf complet paraissant âgé de 2 mois.

Hystérectomie par le procédé de Terrier-Mikulicz. Un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze. Une transfusion de 600 grammes est pratiquée. Un litre de sérum physiologique sous-cutané, et toutes les quatre heures 5 cc. d'huile camphrée.

Suites opératoires : Signes d'infection péritonéale, la température oscille entre 38°2 et 39°7. Le pouls s'accé-

lère. Une hémoculture pratiquée le 16 décèle du streptocoque, et la mort survient six jours après l'opération.

OBSERVATION XXIV

(GOSSELIN, *Bruxelles Médical*, décembre 1934)

Une multipare de 36 ans, d'aspect satisfaisant, mais d'interrogatoire impossible, car elle parle tchèque, a le ventre souple, mais un peu douloureux à la palpation. Au toucher, utérus du volume d'un utérus gravide de trois mois et demi avec col entr'ouvert. Diagnostic de menace de fausse-couche. Le lendemain la femme continue à perdre du sang. Son état général reste stationnaire. Toucher : utérus gros, mou, col à peine entr'ouvert. Mais, dans la seconde nuit, la femme accuse de violentes douleurs dans le ventre et a plusieurs vomissements. Le matin l'état est grave : facies grippé, les yeux rentrés, langue sèche, température $38^{\circ}2$, pouls 130, petit, dépressible. Muqueuses décolorées. Ventre ballonné, défense généralisée, flancs mats à la percussion. Ponction du Douglas : du sang. Laparotomie : sang et caillots dans le péritoine. Examen de l'utérus : au niveau de la corne gauche, une vaste perforation, à bords déchiquetés à laquelle adhère légèrement l'épiploon. Hystérectomie subtotal. Mikulicz. Transfusion de 500 cc. La malade succomba vingt-sept jours après l'intervention à la suite d'une péritonite lente cloisonnée que confirma l'autopsie.

Dans ces quatre observations la malade présentait une association des symptômes d'hémorragie interne et de péritonite. La première observation, notamment, qui nous a suggéré cette thèse, est typique : La malade présentait tous les signes de l'hé-

morragie cataclysmique tels que nous les avons déjà décrits, mais elle présentait en outre des symptômes péritonéaux qu'il est peu habituel de voir dans les hémopéritonites; outre une température assez élevée, on constatait une contracture sous-ombilicale nette. C'est la constatation de cette contracture anormale dans une rupture de grossesse tubaire qui éveilla l'attention du chirurgien, c'est elle qui lui fit faire le diagnostic, bien que la malade ait nié avec énergie toute manœuvre abortive. C'est cette contracture qui fit faire le diagnostic à Reeb (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gynécol. de Paris*, 1922, p. 47) :

« Il y avait un symptôme qui ne cadrait pas avec le diagnostic de rupture de la trompe, c'est la défense musculaire abdominale. Cette défense était très nette, très marquée; or, dans le cas d'épanchement sanguin, jamais de défense musculaire... J'opinaï donc plutôt pour une péritonite. » Et Reeb, au cours de la laparotomie, trouva dans le ventre le liquide (250 cc. d'eau et d'alun) que le mari avait injecté dans l'utérus après que sa femme, archboutée sur deux chaises, eut introduit dans le col une canule d'aluminium.

IV. -- Formes cliniques plus rares.

Si, dans la règle, la perforation de l'utérus cause une hémorragie interne, ou une péritonite, ou une association des deux, exceptionnellement elle peut donner lieu à des péritonites localisées ou même se passer de traduction symptomatique. Ce sont les perforations couvertes et les formes latentes.

Parfois l'épiploon ou des anses intestinales viennent boucher l'orifice de la perforation utérine, limiter l'infection par des adhérences. Mais cette limitation est souvent précaire, une généralisation de l'infection peut survenir un jour ou l'autre, comme nous le voyons dans la première des observations de perforations couvertes.

OBSERVATION XXV

(P. Brocq)

Mlle M..., 29 ans, enceinte de trois mois et demi, se fait avorter, le 4 avril 1934, par les soins d'une sage-femme. L'opération est pénible, fort douloureuse. La malade rentre néanmoins chez elle. Le lendemain, se sentant mal, elle retourne chez cette sage-femme qui, après l'avoir examinée, l'adresse à un médecin. Celui-ci, le 7 avril, juge un curettage nécessaire. Dès le début de son interventin il a l'impression que l'utérus est perforé. Il n'insiste pas, ne fait pas d'injection, remet la malade dans son lit avec de la glace sur le ventre.

Pendant trois jours encore, état relativement satisfaisant : selles quotidiennes normales et spontanées ; température à 37°2, pouls bien frappé, quelques pertes sanglantes non fétides.

Le 10 avril, la température ayant atteint 38°6, nous sommes appelé auprès de la malade. On nous fait part de la probabilité d'une perforation utérine datant de sept jours. A l'examen l'état général paraît assez bon ; le pouls est à 80, les fonctions digestives satisfaisantes. Le ventre est plat, souple, non douloureux à la palpation. Au toucher, col entr'ouvert, utérus petit ; on sent, au

niveau de son flanc antéro-latéral droit, une masse assez dure, du volume d'une petite mandarine, un peu douloureuse à la pression, qui semble collée à l'utérus et se mobilise avec lui. Les culs-de-sac gauche et postérieur sont souples et indolents.

Bref, l'impression est qu'il existe, au contact de l'utérus, un foyer en voie d'organisation, bien limité, sans aucune tendance actuelle à la diffusion. Dans ces conditions, et étant donnée la date déjà éloignée des manœuvres abortives, nous conseillons de prolonger l'expectative, tout en surveillant attentivement la malade. Cinq jours plus tard, nous sommes de nouveau appelé : la malade est en pleine péritonite septique diffuse. Le ventre est très ballonné, les traits tirés, les vomissements et le hoquet incessants, la température est à 39°6.

Nous intervenons immédiatement sous anesthésie générale : sérosité fétide et gaz dans le péritoine ; anses très distendues ; gros paquet épiploïque adhérent à la face antérieure de l'utérus. Sa libération découvre une large brèche de la dimension d'une pièce de 2 francs, à bords éversés, déchiquetés, sanieux, d'espect un peu blafard ; très peu de sang dans le Douglas, mélangé aux sécrétions péritonéales. Pas de lésions des anses, ni de la vessie. Hystérectomie, Mikulicz, fermeture de la partie supérieure de la plaie en un plan.

Sérothérapie antigangréneuse à doses massives.

Pendant deux ou trois jours, il semble y avoir une amélioration. Mais la plaie prend dans la suite une teinte verdâtre, sphacélique, qui oblige à sa désunion complète. Le 19 avril, l'état s'aggrave manifestement ; il apparaît une diarrhée séreuse abondante, la température s'élève à 40°. Les mèches, que l'on retire progressivement, baignent dans un liquide d'odeur putride. Les irrigations au Dakin, l'emploi du sérum antigangréneux,

les petites transfusions répétées, un abcès de fixation ne modifient en rien l'évolution progressive de l'intoxication, et la malade meurt le 23 avril.

OBSERVATION XXVI

(LAGUIÈRE, *Thèse* LE MOUEL)

Mme K..., 28 ans, adressée le 4 janvier 1929. Fausse-couche de deux mois provoquée, date de trois jours. Température : 39°5; pouls à 120. Vomissements; ventre légèrement ballonné. Au toucher, utérus douloureux, col dilaté... Anesthésie éther. Exploration prudente de l'utérus : on découvre une perforation utérine, laparotomie immédiate. On dégage l'épiploon qui est venu boucher la perforation siégeant sur le fond utérin, près de la corne gauche. C'est une perforation ancienne à bords violacés et infectés...

Hystérectomie subtotale, drain par le col dilaté. Mikulicz.

Guérison rapide en vingt jours sans incidents.

OBSERVATION XXVII

(KARL HEROLD)

La malade racontait un retard de règles et une chute dans l'escalier, depuis laquelle, pendant douze jours, elle perdait du sang. A son arrivée elle est pâle. On sent, dès le palper abdominal, une tuméfaction iléo-pelvienne gauche; au toucher, à côté de l'utérus et à gauche il y a bien une tumeur ovoïde du volume d'un œuf d'oie; le médecin qui a suivi la malade affirme son grossissement rapide. Il s'agissait, sous une coiffe importante d'épiploon et d'anses intestinales, non pas d'une grossesse extra-utérine, mais d'un abcès situé contre une perforation déchiquetée de l'utérus. Au lieu de la chute dans

l'escailer il s'agissait d'une manœuvre instrumentale du mari, qui avait voulu, avec une canule, donner une injection intra-utérine.

OBSERVATION XXVIII
(LEDERER-LEDERHANDLER)

La malade de Lederer-Lederhändler fit, après une tentative d'avortement, une perforation utérine qu'obtura provisoirement une sorte de hernie du rectum. Tout cela à côté d'une grossesse tubaire.

Les perforations latentes.

Enfin, il existe parfois des cas où la perforation utérine se passe de tout symptôme qui puisse éveiller l'attention. Il en est ainsi dans deux observations que nous voulons rappeler.

OBSERVATION XXIX
(Docteur HUET)

Femme de 28 ans, ayant subi d'une sage-femme des tentatives d'avortement (trois tentatives en trois jours), dut rester alitée du 10 au 15 avril.

Les pertes ayant cessé par le repos au lit, et comme il n'existe aucun signe d'infection, elle est autorisée à sortir. Elle revient le 28 avril, les pertes ayant reparu sans que nous sachions s'il y a eu de nouvelles manœuvres abortives.

Sous anesthésie générale à l'éther elle subit un curetage, qui ramène des débris placentaires et des membres de fœtus, puis, tout à coup, entraînée par la curette, une anse intestinale apparaît dans le col.

Aussitôt appelé j'interviens trois quarts d'heure après l'accident, sans interruption de l'anesthésie générale.

Laparotomie médiane : un peu de sang dans le ventre, utérus du volume du poing. Sur la face antérieure, à gauche de la ligne médiane, au voisinage de l'insertion du ligament rond, une anse grêle et un coin mésentérique s'engagent dans l'utérus, à la faveur d'une perforation du diamètre de l'extrémité de l'index. Deux autres perforations plus petites siègent également sur la face antérieure, plus bas que la précédente, l'une complète dans la zone du péritoine non décollable, l'autre incomplète, restée sous-séreuse, au point où je vais inciser le péritoine au premier temps de l'hystérectomie.

Ignorant si l'anse est désinsérée de son mésentère, je réduis celle-ci avec la plus grande facilité. Il existe une désinsertion, sur 10 centimètres de long environ. L'anse est déjà violacée, sa séro-muscleuse est arrachée en deux ou trois points, sans ouverture de la muqueuse.

Hystérectomie subtotale, drain dans le col, péritonisation.

Résection de l'anse (18 à 20 centimètres). Entérorraphie circulaire.

Drainage du Douglas, paroi en un plan, transfusion de 300 grammes.

Examen de la pièce : Celle-ci montre, aux trois quarts expulsé par rétraction, le tronc d'un fœtus de 10 centimètres environ dont la tête est encore retenue dans l'utérus.

Guérison.

OBSERVATION XXX

(YANOV)

La sage-femme et la malade ne retrouvent plus la sonde qui a servi à l'avortement et s'inquiètent. Un médecin, à cause d'une douleur iliaque droite, dit appendicite et prescrit la glace. Un chirurgien croit sentir une

« corde colique » particulièrement spasmée. Les symptômes restent toujours aussi frustes : constipation et douleur à droite. Le radiographe, appelé à son tour, conclut à la présence d'un corps étranger : c'est en effet la longue sonde à bout olivaire qui a perforé l'utérus et qui est, depuis trois mois, dans le ventre.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de perforation de l'utérus par manœuvre abortive se pose devant un tableau, soit d'hémorragie interne grave, soit d'une péritonite généralisée ou d'une combinaison des deux. C'est un diagnostic qu'il faut absolument faire ou du moins suspecter, car il faut absolument laparotomiser d'urgence, la guérison ne dépendant que de la précocité du geste chirurgical.

I. — ON PEUT FAIRE LE DIAGNOSTIC AVEC OU SANS LES AVEUX DE LA MALADE.

1° *Avec les aveux de la malade.*

Le diagnostic devient alors très facile. Quand on suspecte la perforation utérine, il faut s'efforcer de mettre la femme en confiance, de lui faire comprendre qu'il est de son intérêt de dire, s'il y a eu ou non des manœuvres abortives, qu'elle n'a rien à redouter de cette confession qui restera entre elle et le chirurgien. Dans certains cas la malade avoue la manœuvre abortive : introduction d'une sonde rigide ou injection d'eau savonneuse, déclare qu'elle a ressenti une vive douleur lors de l'introduction de la sonde,

qu'elle a été prise, le soir même, le lendemain ou le surlendemain, de divers symptômes à type hémorragique ou péritonéal qui ont motivé l'admission à l'hôpital. Avec de tels aveux, la constatation des tableaux cliniques décrits ne doit plus faire hésiter longtemps, il faut laparotomiser d'urgence.

2° *Sans les aveux de la malade.*

Dans la règle générale, la malade ne fait aucun aveu de manœuvre abortive. Elle se confessa au prêtre avant de se faire opérer, mais elle refusera de faire le moindre aveu au chirurgien (Obs. XXI). Elle préfère mourir plutôt que d'avouer (Obs. XXIII), mais ce n'est pas une raison pour la laisser mourir. Il faut savoir se passer de ses aveux, savoir poser le diagnostic ferme (Obs. XXI). Or c'est là un problème que le clinicien doit, à notre avis, pouvoir résoudre. Voici en effet comment le problème se pose si l'on s'en réfère aux observations que nous publions : trois cas principaux.

PREMIER CAS : *On se trouve en présence d'un syndrome d'hémorragie grave.*

La malade, saignée à blanc, arrive à l'hôpital avec le diagnostic de fausse-couche, car à peu près toujours la femme reconnaît se savoir enceinte. Il ne faut pas d'emblée croire qu'il s'agit d'une hémorragie externe post-abortive, sauter sur la curette et se mettre en devoir de pratiquer un curettage qui n'au-

rait pour effet que de dilacérer davantage un utérus déjà perforé.

En présence de toute fausse-couche saignée à blanc il faut envisager trois diagnostics : l'hémorragie post-abortive banale mais particulièrement abondante, la rupture de grossesse tubaire, la perforation utérine impliquant un avortement utérin, voire une grossesse tubaire. Dans la fausse-couche banale saignée à blanc, les métrorragies externes sont extrêmement abondantes : notion facile à reconnaître par l'interrogatoire ou l'examen. Dans les inondations péritonéales par rupture de grossesse tubaire ou perforation utérine, la malade saigne dans son ventre, les hémorragies externes sont peu abondantes et ne sont pas en rapport avec l'état syncopal de la malade.

Dans la fausse-couche banale, les signes de la douleur des culs-de-sac et de la mobilisation utérine sont absents.

Dans les inondations péritonéales, l'abdomen est ballonné et douloureux dans l'étage sous-ombilical, la mobilisation utérine est douloureuse. Le Douglas fait crier au toucher. L'existence de tels signes, surtout de ce dernier, oblige à être circonspect avant de se lancer dans un curettage pour hémorragie abondante post-abortum. Ces signes éliminent la fausse-couche banale et révèlent l'hémo-péritoine. Quant à dire, en présence de ce syndrome d'hémorragie interne d'origine génitale, s'il s'agit d'un avortement banal compliqué de perforation utérine, ou bien de rupture de

grossesse tubaire, c'est là une question difficile à résoudre, surtout que la perforation utérine, au lieu de compliquer un avortement banal, peut compliquer une rupture de grossesse tubaire (Obs. III-IV-V). C'est une question sans importance. Le diagnostic à faire est celui d'hémorragie intrapéritonéale d'origine génitale. Ceci étant posé, la laparotomie fera le reste du diagnostic.

DEUXIÈME CAS. — *On se trouve en présence d'un syndrome de péritonite d'origine génitale.*

Après avoir établi que la femme a fait une fausse-couche récente et qu'elle est atteinte de péritonite généralisée dont les signes prédominent dans l'étage sous-ombilical et du côté des culs-de-sac vaginaux, il faudrait reconnaître que cette péritonite est due à une perforation utérine.

Il n'est pas facile, sans les aveux, d'éliminer les autres affections qui peuvent la simuler. En passant sous silence les diagnostics comme appendicite, torsion de kyste ovarien, etc..., il faut envisager d'autres complications des avortements criminels :

La gangrène utérine;

L'infarctus tubo-utérin;

La péritonite par propagation lymphatique;

La crise aiguë de pelvi-péritonite par réveil ou naissance d'une salpingite à la faveur de la fausse-couche provoquée.

L'infarctus et la gangrène de l'utérus sont des

complications fréquentes de l'avortement criminel, plus particulièrement dus à l'injection intra-utérine d'eau savonneuse. Ces lésions s'associent parfois à une perforation : soit que la canule qui a servi à l'injection abortive ait perforé l'utérus, soit, peut-être plus souvent, que l'infarctus ou la gangrène occasionnés par la substance abortive cause ensuite une perforation secondaire de l'utérus (Obs. XX).

Que l'infarctus et la gangrène de l'utérus soient isolés ou qu'ils s'associent à la perforation, le tableau clinique réalisé est, en règle générale, une péritonite d'origine génitale comme pour la perforation utérine isolée.

L'infarctus de l'utérus pourra être reconnu à certains indices : tendance au collapsus de la malade, pouls très rapide, fièvre peu élevée, oligurie, taches ecchymotiques visibles sur l'abdomen, les cuisses et sur le col utérin (visibles au spéculum).

La gangrène utérine peut être soupçonnée aux signes d'hémolyses, à l'hépto-néphrite fréquente, à la gravité de l'état général.

Enfin, qu'on porte le diagnostic de perforation, d'infarctus ou de gangrène, en présence d'un syndrome péritonéal à la suite d'une fausse-couche, le fait, en réalité, importe peu, car la conduite à suivre est la même : la laparotomie.

La question est plus épineuse pour la péritonite post-abortive dite par propagation lymphatique et la crise aiguë de pelvi-péritonite par réveil ou naissance d'une salpingite lors de l'abortum. En effet, dans ce

cas la laparotomie est discutable. La péritonite post-abortive, sans perforation, sans infarctus, sans gangrène, sans lésions utérines évidentes est une complication relativement fréquente des fausses-couches criminelles. Nous venons, ce mois dernier, d'observer deux cas dans le service du Professeur Favreul. Ces deux cas se présentent suivant le tableau sus-décrit de péritonite généralisée, prédominant à l'étage sous-ombilical. Dans le premier de ces cas il s'agissait d'une femme de 40 ans arrivant à l'Hôtel-Dieu le mardi soir. La malade, enceinte de deux mois, avoua au chirurgien que, le dimanche matin, elle s'était injecté dans l'utérus une solution de perborate de soude. Elle ne souffrit pas dans la journée, elle alla au cinéma l'après-midi. Ce n'est que le lundi qu'elle fut prise de douleurs dans le ventre. En arrivant à l'Hôtel-Dieu elle présentait une péritonite généralisée prédominant dans l'étage inférieur de l'abdomen. Le Docteur Riou élimina le diagnostic de péritonite par perforation en raison de l'absence de douleur brutale lors de l'injection et dans les vingt-quatre heures suivantes. La malade fut examinée ensuite par un professeur de l'Ecole de Médecine qui décida de l'abstention. Le jeudi matin la malade est examinée dans le service par le Professeur Favreul, qui demande l'intervention immédiate. L'opération est faite par le Docteur Riou, qui trouve du pus dans le ventre, un utérus et des trompes sans aucune lésion évidente. Hystérectomie, mort le lendemain. Intervention trop tardive, sans doute.

Cette péritonite post-opératoire se présentait comme une péritonite généralisée d'origine génitale, tout comme dans une perforation utérine, mais il manquait la douleur brutale initiale, la douleur immédiate, notion qu'on aurait dû avoir chez cette malade répondant très bien à toutes les questions.

Beaucoup d'auteurs, dont Mondor, sont partisans de l'intervention dans ces péritonites. Si l'intervention était précoce et non de dernière heure, comme c'est la pratique habituelle, le résultat n'en serait pas la mort, disent-ils.

Beaucoup d'autres auteurs, notamment Lecène, ne sont pas partisans de la laparotomie suivie ou non de l'hystérectomie. Dans ces cas, disent-ils, l'opération est suivie à peu près toujours de mort. Aussi, pour ces auteurs, il faudrait arriver au diagnostic de péritonite post-abortive par propagation avec, comme corollaire, l'abstention opératoire.

Nous croyons aujourd'hui, à la suite des travaux de Mondor, à la suite des enseignements des observations de notre Maître, le Professeur Favreul, que :

1° Le diagnostic entre péritonite par perforation, infarctus, gangrène de l'utérus et la péritonite post-abortive dite par propagation, est extrêmement difficile;

2° Peu importe, dans le doute il ne faut pas s'abstenir : l'opération précoce guérira la perforation, l'infarctus, la gangrène, voire même parfois la péritonite post-abortive par propagation.

Nous envisageons enfin le diagnostic entre la péri-

tonite généralisée par perforation et celui d'une crise de pelvi-péritonite causée par des manœuvres abortives septiques.

Le diagnostic ici encore ne cesse pas d'être épineux. En faveur de la péritonite due à une perforation plaideront les douleurs diffuses dans tout l'abdomen, propagées à l'épaule gauche, une atteinte grave de l'état général, un facies péritonéal précoce, une contracture qui, si elle prédomine au-dessous de l'ombilic, existe aussi au-dessus, au moins sous forme de défense. Dans une crise aiguë de salpingite causée ou réveillée par la fausse-couche les signes sont beaucoup plus locaux, tant les signes fonctionnels que les signes physiques, l'atteinte de l'état général est moins grave. En général, on doit arriver au diagnostic. Le problème est d'importance. Il faut, en effet, ici, contrairement à tous les cas cités plus haut, s'abstenir de laparotomiser. Si un doute subsiste dans l'esprit du chirurgien, il doit, pour s'éclairer, procéder à une exploration prudente de l'utérus. C'est ce que nous verrons tout à l'heure.

TROISIÈME CAS : On se trouve en présence d'un syndrome d'hémorragie grave et d'une réaction péritonéale.

La femme, arrivant à l'hôpital pour fausse-couche, est saignée à blanc. Le peu d'abondance des métrorragies externes n'explique pas cet état. Même si ces métrorragies sont abondantes : la douleur à la mobilisation utérine, le cri du Douglas font faire le diagnostic d'hémo-péritoïne.

D'autre part, il existe un syndrome péritonéal caractérisé surtout par la contracture (Obs. XXI-XXII-XXIII-XXIV). La contracture est la traduction de l'atteinte péritonéale. C'est le signe majeur, dont tous les chirurgiens connaissent aujourd'hui la valeur.

Quand une fausse-couche saignée à blanc présente à la fois une contracture abdominale et des signes d'hémo-péritoine le diagnostic ne doit pas faire de doute : il s'agit et ne peut s'agir que d'une perforation utérine. La constatation des deux tableaux fit faire le diagnostic au Docteur Riou chez sa malade (Obs. XXI) et à Reeb que nous avons cité dans notre description clinique.

Une seule réserve cependant : il peut parfois s'agir non de perforation utérine, mais de perforation du cul-de-sac vaginal postérieur par manœuvres abortives. Nous en avons lu plusieurs observations de Parry, de Duclerget, dans sa thèse; de Bergouignan; aussi, avant de porter le diagnostic ferme de perforation utérine, est-il prudent de faire un examen au spéculum. Cet examen est précieux dans les perforations utérines : il renseigne sur les lésions concomitantes du col : déchirures, taches violacées d'infarctus...

II. — LE DIAGNOSTIC N'EST PAS FAIT, MAIS SOUPÇONNÉ.

Si le diagnostic n'est pas fait, mais simplement soupçonné par la seule clinique, il est un moyen de le confirmer, c'est l'exploration utérine prudente.

C'est un moyen de diagnostic qui a été utilisé dans les observations VI et VIII par le Docteur Moissard; l'observation X par le Docteur Viannay; les observations XII et XXVI par Laguière; l'observation XXII par le Docteur Spindler; l'observation XXV; l'observation XXIX par Huet.

L'exploration prudente de l'utérus doit être un procédé d'exception. Seul le chirurgien est qualifié pour le faire dans un milieu chirurgical où il a tout sous la main pour pratiquer immédiatement la laparotomie si besoin en est. Soupçonnant la perforation le chirurgien commence par avertir la malade et sa famille qu'il va pratiquer un curage digital ou un curettage, mais qu'une intervention plus importante, abdominale, sera peut-être nécessaire. La malade étant endormie, on fait l'exploration de l'utérus au doigt (Obs. XXII), à la grosse curette mousse (Obs. VI, VIII, X, XXIX), à l'hystéromètre. Avec le doigt ou l'instrument manié doucement l'on arrive à sentir la perforation : l'instrument s'enfonce profondément dans le ventre (Obs. VI et X) où la curette ramène une anse intestinale (Obs. VIII, XXII, XXIX), parfois on a seulement l'impression que l'utérus est perforé (Obs. XXV).

Ceci nous suggère quelques remarques : l'exploration de l'utérus, très utile pour confirmer le diagnostic, peut néanmoins passer à côté d'une vraie perforation, ou encore peut ne fournir qu'un nouveau soupçon (Obs. XXV). Il convient, avant tout, de bien examiner et de bien interroger la malade.

D'autre part : un interrogatoire et un examen sérieux de fausse-couche saignée à blanc, ou atteinte de réaction péritonéale rendraient le chirurgien plus circonspect, plus méfiant. Il soupçonnerait une perforation, ne ferait pas d'emblée un curettage au cours duquel il risque de dilacérer davantage la déchirure utérine, de ramener une anse intestinale à la vulve.

Nous croyons, bien que nous n'en ayons pas fait état dans ce travail, après avoir lu les discussions de la Société Nationale de Chirurgie, que certaines perforations causées par le curettage sont, en réalité, des perforations criminelles passées inaperçues, curettées et aggravées par le chirurgien. En conséquence, toute fausse-couche qui se présente avec un tableau anormal devra bénéficier d'un interrogatoire et d'un examen soigné, répétés à intervalles rapprochés et en cas de doute subsistant d'une exploration utérine prudente avant tout curettage. Ainsi le chirurgien ne se verra pas attribuer la paternité d'une perforation utérine à laquelle il n'a pas contribué.

PRONOSTIC

Le pronostic des perforations utérines de l'avortement criminel est grave. Il est grave du fait de l'abondance de l'hémorragie, de l'infection péritonéale, de l'association des deux, des lésions d'infarctus, de gangrène utérine possibles, du fait de toutes les lésions intestinales, vésicales associées parfois. Sur 23 observations où les suites sont précisées : dix morts, vingt-trois guérisons.

Sur les dix morts : quatre n'ont pas été opérées soit que le chirurgien ait vu la malade mourante, soit qu'il n'ait pas posé le diagnostic opératoire (Obs. XXIII). Les six autres ont été opérées tard.

Le pronostic dépend, en effet, beaucoup de l'état de la malade, de l'heure à laquelle l'opération est pratiquée. Plus la laparotomie est précoce plus les chances de guérison sont nombreuses. Le pronostic dépend aussi de l'importance de l'opération que le chirurgien est appelé à pratiquer : traitement des lésions utérines isolées, ou traitement de lésions intestinales associées. Dans deux observations (XXII et XXIX) où l'on dut adjoindre à l'hystérectomie subtotale une entérectomie et entéro-anastomose, la malade guérit cependant.

TRAITEMENT

La thérapeutique des perforations utérines de l'avortement criminel est l'intervention chirurgicale d'extrême urgence. L'abstention opératoire est d'emblée à condamner. Sur vingt-trois observations où le traitement est précisé on note dix morts dont quatre parce que non opérées, six autres parce que opérées trop tard. L'opération d'urgence est donc formellement indiquée. Deux voies sont possibles pour l'intervention : la voie vaginale et la voie abdominale.

I. -- La voie vaginale.

C'est la voie préconisée pour deux interventions dans les perforations utérines : la colpotomie et l'hystérectomie vaginale.

A. — La colpotomie.

N'a été pratiquée dans aucune des observations que nous publions. C'est à juste titre d'ailleurs. Elle a été préconisée par Morestin autrefois et récemment par Moure, Molin et Desjaques (1925). A notre avis, la colpotomie ne se discute pas dans une perforation utérine, pas plus qu'il n'est indiqué au chirurgien de délaissér une perforation gastrique et de se conten-

ter de mettre un drain dans le Douglas. Il faut traiter la perforation si l'on veut guérir la malade. D'ailleurs la colpotomie n'a plus de défenseur. Nous ne pourrions mieux faire que citer Mondor : « La colpotomie ne saurait informer sûrement des lésions ni permettre de les traiter. Elle aiderait à l'aggravation d'une hémorragie en voie d'assèchement ; elle ajouterait, dans certains cas, à une perforation utérine une perforation du vagin ; elle permettrait l'infection d'une hématocele de bonne composition ; elle ferait intervenir, à tort, dans d'autres cas, et ferait prendre pour du sang de perforation du sang venu de la trompe. Elle instruit peu ; elle ne traite rien. Comme j'ai eu déjà l'occasion de le dire, la colpotomie ne peut apporter qu'un secours illusoire. Ses partisans en attendent deux avantages : l'un de diagnostic, l'autre de traitement. Mais elle n'apprendra rien s'il s'agit de lésions nécrotiques sans hémorragie, et elle ne traitera rien s'il s'agit, au contraire, de complications hémorragiques.

B. — L'hystérectomie vaginale.

A été pratiquée deux fois dans nos observations (Obs. X) de Viannay (Obs. XVII) de J.-L. Faure, et les deux fois avec succès. J.-L. Faure et Siredey écrivent d'ailleurs dans leur *Traité de Gynécologie* : « Dans les perforations, au cours d'un avortement provoqué, il faut attendre en surveillant de près les malades. En cas de phénomènes d'infection grave, on n'hésitera pas à pratiquer une hystérectomie et en

particulier une hystérectomie vaginale qui guérira tout aussi bien la malade tout en lui faisant courir moins de risques ». Certes l'hystérectomie vaginale est moins choquante que l'abdominale, elle peut guérir les malades s'il n'y a pas de lésions associées (Obs. X et XVII).

Néanmoins, comme Basset, Mondor et la plupart des auteurs modernes, nous croyons à la lecture des observations que l'hystérectomie vaginale est absolument contre-indiquée dans les perforations criminelles de l'utérus. Ce pour de nombreuses raisons :

Tout d'abord un argument de technique, donné par Mondor et Kiraly : « Il nous semble que la vaginale est particulièrement malaisée dans ces cas où l'utérus est d'une extrême friabilité et se déchire à la moindre traction ».

Mais, surtout l'hystérectomie vaginale est aveugle. Aveugle car on se décide à une intervention radicale avant d'être assuré de la nature de la lésion utérine. Elle a été pratiquée parfois tout à fait inutilement et sur une simple présomption. Avec cette voie, en effet, ce n'est que l'utérus une fois enlevé que l'on peut juger de la lésion ou de l'intégrité du viscère. Par cette voie on enlève à tout coup un utérus que l'on aurait peut-être pu conservé par la voie abdominale en se bornant à une suture simple de la perforation.

Aveugle, l'hystérectomie vaginale l'est surtout parce qu'elle ne permet pas d'explorer et de traiter les organes péri-utérins si fréquemment lésés. On aura beau enlever l'utérus perforé, si on laisse dans le ven-

tre une anse intestinale désinsérée ou perforée, la malade n'en mourra pas moins.

Donc dans le traitement des perforations de l'avortement criminel, la voie vaginale ne doit pas être empruntée.

II. -- La voie abdominale.

La voie abdominale est seule de mise. Elle a été suivie dans vingt et une observations sur vingt-trois. Elle seule permet de connaître et de traiter les lésions utérines suivant leur nature par la suture simple ou l'hystérectomie, de reconnaître et de traiter les lésions associées des organes voisins si elles existent.

A. — Technique de la laparotomie.

Anesthésie générale ou rachi-anesthésie parfois. La malade sera mise tout d'abord en position très peu inclinée, on fera une laparotomie médiane sous-ombilicale que l'on agrandira plus ou moins en haut suivant les besoins. On se donnera du jour avec une large valve de Doyen et on fera tout d'abord une exploration minutieuse du petit bassin en évitant autant que possible de remuer les anses intestinales. Il faut, en effet, examiner soigneusement toutes celles qui avoisinent l'utérus, avant de basculer la malade et de refouler l'intestin par des champs abdominaux. Si la malade était mise trop précocement en position de Trendelenburg, l'anse intestinale perforée dispa-

raîtrait au milieu de ses voisines, et l'on risquerait ainsi d'ignorer une lésion très importante.

Cette manœuvre, capitale à notre sens, ayant été faite, et le bassin ayant été asséché, il reste à examiner la vessie, le rectum et l'utérus.

L'examen du rectum est facile. Celui de la vessie sera fait à deux reprises, avant et après le décollement du cul-de-sac vésico-utérin. Une lésion sous-péritonéale de la vessie serait d'ailleurs déjà révélée par la présence d'une large tache ecchymotique ou d'un hématome sous-séreux.

On examine enfin les lésions utérines.

Nous avons vu combien celles-ci étaient variables, tant dans leurs dimensions que dans leur degré d'infection. Ce sont ces deux éléments qui vont dicter la conduite à suivre : suture ou hystérectomie.

B. — Traitement des lésions utérines.

1° LA SUTURE SIMPLE.

La suture simple de la perforation combinée à un drainage par tube et par Mikulicz donna la guérison à la malade de Yovanovitch : Observation IX, la seule où ce procédé fut pratiqué. Le même auteur (Obs. III) négligea la perforation utérine, se contenta d'un drainage abdominal par tube et Mikulicz et pratiqua une salpingectomie droite contre la rupture de grossesse tubaire concomitante. Cette thérapeutique conservatrice doit être mise en œuvre chaque fois qu'elle est possible : sur vingt-trois observa-

tions vingt-deux fois on dut pratiquer l'hystérectomie. En effet, la suture simple exige certaines conditions : perforation récente, sans grosse infection péritonéale, perforation de dimensions restreintes qu'il sera facile de boucher après excision des bords, ou bien perforation assez étendue, mais à contours assez réguliers, pas trop infectés. La suture simple sera plus particulièrement indiquée chez une femme jeune, avec un utérus pas trop malade, des annexes normales, ou encore chez une femme saignée à blanc qui ne supporterait pas une autre intervention plus longue.

La suture simple est contre-indiquée dans une perforation à bords irréguliers, déchiquetés, noirâtres, infarcis ou gangrénés : seule l'hystérectomie est indiquée.

Pour faire la suture de la perforation, Brindeau et Lemeland recommandent de vider auparavant l'utérus de son contenu par la plaie utérine. Ceci, bien entendu ne peut être fait qu'après une protection rigoureuse du champ opératoire. Puis on incise aux ciseaux courbes les bords de la plaie. On suture au gros catgut par des points en X, puis on peut faire un deuxième plan de suture par dessus.

La suture simple sera suivie d'un drainage abdominal par un gros tube de caoutchouc et par un Mikulicz si l'on veut avec mèches.

2° L'HYSTÉRECTOMIE.

L'hystérectomie sera indiquée dans tous les cas où la suture simple ne peut être pratiquée. C'est-à-dire

dans la plus grosse majorité des cas. Elle a été utilisée dans vingt cas sur les vingt-trois observations où la malade fut opérée. L'hystérectomie est l'opération normale dans les perforations criminelles de l'utérus. Elle est indiquée dans tous les cas où la perforation est ancienne où l'infection est avancée, où l'orifice est large et déchiqueté, où la perforation est en tissu atteint d'infarctus ou de gangrène, dans le cas où il existe un vaste hématome du ligament large produit par une perforation isthmique latéro-utérine.

Quelle sorte d'hystérectomie pratiquer ? Elle sera généralement subtotale parce que moins choquante et suffisante. C'est elle qu'on a pratiquée dans vingt de nos observations. L'hystérectomie totale n'est indiquée que si l'examen préalable au spéculum a permis de reconnaître un col utérin très malade, déchiré ou gangrené, ou encore atteint d'infarctus. L'hystérectomie subtotale sera rapidement menée car il s'agit de malades fatiguées par l'hémorragie ou l'infection, souvent les deux à la fois.

L'hystérectomie faite, il faudra toujours drainer : drainage déclive et drainage abdominal.

Drainage déclive par un gros drain que l'on introduira dans la cavité vaginale ou dans le moignon cervical, suivant l'hystérectomie que l'on aura pratiquée. Si l'on peut, et surtout si l'état général de la malade ne commande pas une intervention très rapide, on péritonisera soigneusement au-dessus de ce drain qui asséchera ainsi largement l'espace cellulaire sous-péritonéal. Ce drainage a été pratiqué dans les Obs. IV, VI, XXII, XXVI, XXIX.

Drainage abdominal a été utilisé seul dans les Obs. III, VII, VIII, IX, XII, XV, XXI, XXIII, XXV.

Isolé ou associé au drainage déclive il se fera par de gros tubes en caoutchouc, Mikulicz, mèches associées ou non.

3° TRAITEMENT DES LÉSIONS ASSOCIÉES.

Suture des déchirures vésicales et mises en place d'une sonde à demeure.

Les lésions intestinales seront traitées différemment suivant leur importance.

Une plaie latérale sera suturée transversalement en deux plans, ou fermée par une bourse si elle est de peu d'importance. On fera la résection des anses intestinales flétries, désintéressées, suivie d'entéro-anastomose. Dans deux observations que nous publions ce genre d'intervention a été fait avec succès (Obs. XXII, XXIX).

Presque tous les viscères abdominaux (uretères, mésentère, rectum, etc...) peuvent être lésés au cours d'une perforation utérine. Leur traitement varie suivant les cas et les organes.

Dans tous les cas, les soins post-opératoires seront très attentifs.

CONCLUSIONS

I. — Les perforations utérines de l'avortement criminel sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement. Nous avons lu beaucoup d'observations. Nous en publions ici une trentaine dont quatre inédites.

II. — Les lésions portent surtout sur l'utérus mais souvent aussi sur les organes voisins, particulièrement l'intestin grêle.

III. — Le tableau clinique est variable. Cependant on peut grouper les perforations criminelles de l'utérus sous trois grandes formes :

soit d'hémorragie interne d'origine génitale,

soit le plus souvent d'une péritonite généralisée de cause génitale,

soit fréquemment d'hémorragie interne et de péritonite généralisée associées de cause génitale.

Les autres formes : perforations couvertes, perforations latentes sont plus rares.

IV. — Le diagnostic des perforations criminelles de l'utérus n'est pas impossible. C'est un diagnostic d'urgence.

Il faut savoir reconnaître l'hémorragie interne chez une femme saignée à blanc arrivant à l'hôpital pour fausse-couche.

Il faut savoir reconnaître la péritonite par perforation.

La coexistence du tableau d'hémorragie interne et d'une contracture abdominale chez une femme envoyée pour fausse-couche impose presque à coup sûr le diagnostic de perforation utérine.

Si le doute subsiste, on est autorisé, avant de laparotomiser la malade, de confirmer ses soupçons par une exploration prudente de l'utérus au doigt ou à la grosse curette mousse.

V. — Le diagnostic fait, une seule conduite s'impose :

La laparotomie sous-ombilicale d'extrême urgence pour traiter les lésions utérines par la suture simple parfois, le plus souvent par l'hystérectomie subtotale avec large drainage.

Les lésions intestinales, vésicales, mésentériques seront traitées suivant leur nature.

Vu :
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTI. — *Zentralb. f. Gyn.*, N° 39, 29 septembre 1894.
- ARNOUD. — Le traitement des perforations utérines.
(*Marseille Médical*, N° 22, 5 novembre 1930.)
- ASCHEIM. — Fall von Perfor. des Uterus bei Abort. im 4.
(*Monast. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaek.*
Stuttgart, 1911, p. 507.)
- AUVRAY. — Discussion à la *Soc. de Chirurgie*, 1924,
p. 828, et à la *Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*,
séance du 1^{er} février 1932.
- BALARD. — Perforation utérine constatée au cours d'un
curettage pour avortement criminel. (*Bull. Soc.
d'Obs. et de Gyn.*, N° 192.)
- BALTHAZARD. — *Bull. Soc. de Médecine légale*, janvier
1914.
- BASSET. — *Bull. Soc. d'Obs. et Gyn.*, décembre 1931.
- BATTOMLEY. — Passage d'une sonde utérine à travers la
paroi abdominale. (*Medical Journal and Record*,
N° 6, 21 septembre 1927.)
- BEKER. — *Nederl. Tyd voor Veroeskunde en Gyn.*, 1934,
p. 283.
- BERGOUIGNAN. — Les perforations utérines de l'avorte-
ment criminel. (*Thèse de Paris*, 1931.)
- Le traitement des perforations utérines dans
l'avortement. (*Le Monde Médical*, 1^{er}-15 août 1932.)
- BICHAT. — (*Bull. de la Soc. d'Obs. de Gyn. de Paris*,
1913.

- BLAHA. — (*Zentralb. f. Gyn.*, N° 13, 30 mars 1935, p. 746.)
- BÆKEL et GINGLINGER. — (*Strasbourg Médical*, 25 janvier 1933.)
- BOLDRINO BOLDRINI. — (*Annali di ostetrica e Ginecologia*, t. XIII, N° 5, 31 mai 1935, p. 634.)
- BRAUN. — (*Thèse de Munich*, 1927.)
- BRINDEAU et LEMELAND. — (*Traité d'Obstétrique* (Bar, Brindeau, t. III, p. 555.)
- BROCQ. — Discussion à la *Société de Chirurgie*, séance du 14 octobre 1931.
- BROWN CRAIG. — Perforation utérine avec blessure du grêle. (*Med. Journal of Australia*, N° 11, 17 mars 1928.)
- CADENAT et DUFOUR. — Perforations utérines dans l'avortement. (*L'Hôpital*, N° 332, avril 1933.)
- CAILLOT, ROCHET et CONTAMIN. — (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1935, p. 478.)
- CÉRATI et DONNET. — Comité Méd. des Bouches-du-Rhône, séance du 15 février 1935. (*Marseille Médical*, 5 mai 1935.)
- CHEVAL MAX. — Le traitement des perforations utérines post-abortum. (*Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, séance du 1^{er} octobre 1932.)
- CHOSSON et DONNET. — (*Marseille Médical*, 5 mai 1933.)
- COTTE et POITEVIN. — (*Rapport au Congrès de Gynécologie*, 1931.)
- CRAIG. — Perforation utérine avec blessure du grêle. (*Med. Journ. of Australia*, 1928, p. 342.)
- DALÉAS. — (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1929, p. 162.)
- DESPLAS. — (*Soc. Nat. Chir.*, 4 avril 1934.)
- DIERKS. — (*Archiv. f. Gynäk*, t. CXXX, 1927, p. 813.)
- DREYFUS. — (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, mai 1932.)

- DUCLERGET. — (*Thèse de Nancy*, 1922.)
- DURLACHER. — (*Deutsche Zeits. f. d. ges. Gerichtl. Med.*, 30 octobre 1928.)
- ERNST. — Le traitement de la perforation utérine au cours de l'avortement. (*Presse Médicale*, N° 86, 27 octobre 1934.)
- ESTACHY. — (*Le Concours médical*, 8 juillet 1934, p. 1964.)
- FAURE (J. L.) et SIREDEY. — (*Traité de Gynécologie*.)
- FIEUX. — Perforation gangréneuse de l'utérus abortif. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1910, N° 7.)
- FORSTER. — (*Zentralb. f. Chir.*, N° 3, 17 janvier 1931, p. 142.)
- GEORGESCU et IONESCU. — Rupture utérine par tentative d'avortement. (*Revista de Chirurgie*, Bucaresti, février 1929.)
- GOSSELIN. — Perforation gangréneuse de l'utérus abortif. (*Liège Médical*, 9 septembre 1934.)
- GOVARETS. — Traitement des perforations utérines post-abortum. (*Bruxelles Médical*, N° 46, 11 septembre 1932.)
- GUYOT et VILLARS. — (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Bordeaux*, 2 mai 1928.)
- HASELHORST et SCHALTENBRAND. — (*Zeits f. Geburtsh u. Gyn.*, t. CV, 1933, p. 598.)
- HELMANN. — Perforation utérine avec grave lésion intestinale au cours d'un curettage pour avortement. (*Soc. de Chirurgie*, 21 avril 1934, p. 536, Rapp. Picot.)
- HEYN. — Sur les perforations de l'utérus et leur traitement. (*Zeits. f. Geburtsh. u. Gyn.*, t. LXXXVII, 1924, p. 92.)
- HEYNEMANN. — (*Zentralb. f. Gynäk.*, N° 23, 1925, p. 136.)
- HILDEBRANDT. — (*Zentralb. f. Chir.*, t. IX, N° 28, 15 juillet 1933.)

- HIVET. — (*Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, avril 1898.)
- HRYNTSCHAK. — Der Abortus in der Hand des praktischen arztes Nebst Bemerkungen heber die Prophylaxe der Uterus-perforation. (*Wien. Mediz. Woch.*, 25 mai 1928.)
- HUET (P.). — (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1934, p. 652.)
- HULST. — (*Nederl. Tijd. v. Geneesk.*, 1930, II.A, p. 3428.)
- JELINECK. — (*Zentralb. f. Gyn.*, N° 37, 15 septembre 1934, p. 2197.)
- JOB. — (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1912, p. 404.)
- KELLER. — (*Revue Franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1929.)
- KLENKA. — Perforation de l'utérus et de la vessie au cours d'un curettage; suture de la vessie et de l'utérus. (*Bratislavská Lekárske Listy*, octobre 1924.)
- KOBLANCK. — (*Verhandlungen d. deutsche Gesell.*, t. X, 1904.)
- KRSEK. — Avortement provoqué avec perforation étendue de l'utérus. (*Bratislavská Lekárske. Listy*, N° 10, octobre 1929.)
- KUSS. — Perforations utérines avec inclusion du grêle. (*Soc. Nat. Chir.*, 1931.)
- LAFONT et JAHIER. — (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 19 juin 1929, p. 617.)
- LAPOINTE. — (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 282.)
- LAPORTE (A.) et PHAM (H. C.). — (*Soc. d'Obst et de Gyn. de Paris*, 1^{er} juillet 1935.)
- LAQUIÈRE. — Trois cas d'hystérectomie abdominale pour perforation utérine. (*Soc. Nat. Chir.*, avril 1933, p. 501.)
- LAUBENBURG. — Deux cas curieux d'inclusion des viscères dans les perforations utérines. (*Zentralblatt für Gynekologie*, N° 18, 4 mai 1929.)

LECÈNE et LERICHE. — (*Thérapeutique chirurgicale*, t. III, p. 545.)

LECLERCQ et CRÉPIN. — (*Bull. Soc. de Médecine légale*, janvier 1914.)

LE MOUËL. — Contribution à l'étude des perforations utérines au cours des avortements. (*Thèse de Paris*, 1934.)

LOEWY. — (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, N° 12, 1930.)

MACKAY et HASELHORST. — (*Deuts Zeits f. Nervenh.*, t. CXXXII, 1933, p. 270.)

MARS. — Les perforations utérines dans l'avortement. (*Revue Médicale Française*, octobre, p. 687.)

MAUCLAIR. — Perforation gangréneuse secondaire de l'utérus. (*Soc. Nat. de Chirurg.*, 1^{er} juillet 1930.)

MENÈGAUX. — (*Progrès Médical*, juin 1935.)

MESTITZ. — Blessure grave de l'intestin à la suite d'une perforation utérine. (*Zentr. f. Gyn.*, n° 50, 13 décembre 1929.)

MOLIN et DESJACQUES. — La perforation de l'utérus au cours du curettage ; son traitement par colpotomie. (*Lyon Médical*, 1925, n° 48.)

MONDOR. — Perforations utérines. (*La Pratique Médicale Française*, mai 1933.)

— Des avortements et des curettages. *Le Documentaire Médical*, n° 1, 1^{er} janvier 1935) et les avortements mortels, 1936 (Masson et C^{ie}, édit.).

MONOD (P.) et KIRALY. — Perforations de l'utérus infecté (Post abortum). (*Presse Médicale*, 30 août 1930.)

MONTZKA. — (*Med. Klinik*, n° 30, 1933, p. 1343.)

MORGENSTERN. — (*Thèse de Paris*, 1922.)

MOULONGUET et DOBKEVITCH. — Le diagnostic anatomoclinique de P. Lecène, T. II.

- MURARD. — (*Bull. Soc. Nat. de Chirurgie*, 12 octobre 1932.)
- NIESLONY. — (*Zentralb. f. Gynäk*, n° 36, 3 septembre 1932.)
- OTTOW. — Déchirure de l'uretère après perforation utérine. (*Zentralb. f. Gynec.*, 1^{er} décembre 1928.)
- PAPERNA. — (*Thèse de Strasbourg*, 1930.)
- PAUL. — (*Thèse de Paris*, 1906.)
- PEHAM et KATZ. — Les perforations instrumentales de l'utérus gravide et les moyens de les éviter. (Vienne, chez Springer, édit., 1926.)
- PETIT. — De la perforation de l'utérus au cours de l'avortement. (*Arch. Méd. Chirurg. de Province*, février 1933.)
- PHILIPP. — (*Zentralb. f. Gyn.*, n° 42, 21 octobre 1933.)
- PINSAN. — Perforation utérine avec inclusion du grêle au cours du curettage. (*Soc. Chir.*, 18 novembre 1933.)
- PLACENTIANU. — Perforation utérine avec rupture de l'anse sigmoïde. (*Clujul Medical*, 1^{er} avril 1931.)
- POIRIER. — (*Soc. Nat. de Chirurgie*, 1901, et *Thèse de Rebreyend*, 1901.)
- POLANO. — (*Münch. Med. Wochen.*, 1926.)
- PROUST. — (*Soc. Chirurg.*, séance du 14 octobre 1931 et du 11 avril 1934.)
- ROSENLOECHER. — (*Zentralb. f. Gynäk.*, n° 6, 1931.)
- ROSENZWEIG. — Déchirure de la vessie après perforation utérine. (*Zentralb. f. Gyn.*, 1^{er} décembre 1928.)
- ROUHIER. — Large perforation utérine avec inclusion du grêle. (*Soc. Nat. Chir.*, 14 décembre 1931.)
- SAPPEY. — (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928.)
- SAUVÉ. — (*Soc. Nat. de Chir.*, séance du 14 octobre 1931.)
- SCHOCKAERT. — (*Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, séance du 7 janvier 1933.)

- SCHWARTZ. — Le traitement des blessures de l'utérus. (*American Journal of Obst. and Gynec.*, n° 1, janvier 1929.)
- SIMONCELLI. — Perforation utérine et intestinale par manœuvre abortive. (*Il Policlinico*, Roma, 5 janvier 1931.)
- SMITH. — Avortement avec perforation utérine. (*Long Island Medical Journal*, Brooklyn, 1915.)
- SSEERGEEFF. — Contribution aux perforations utérines. (*Zentralb. f. Gynec.*, n° 51, 22 décembre 1928.)
- SOUPAULT. — Arrachement du rectum et du côlon sigmoïde au cours d'un curettage. (*Soc. Chirurg.*, 28 avril 1934.)
- Traitement des perforations utérines au cours de l'avortement. (*Revue critique de Path. et de Thérap.*, décembre 1931.)
- SUSSMANN. — (*Zentralb. f. Gyn.*, n° 10, 30 mars 1926.)
- TANASESCU. — Contribution à l'étude des perforations utérines. (*Soc. Nat. Chir.*, 5 décembre 1931.)
- TISSIER et VÉZARD. — (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 1906.)
- TOSETTI. — (*Zeits. f. Geburtsh u. Gyn.*, T. LXXIX, 1917.)
- TRÉMOLIÈRES. — Rupture de l'artère utérine au cours d'un avortement. (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1908.)
- WEISZ. — (*Thèse de Paris*, 1935.)
- WORTMANN et MAXWELL. — Perforation traumatique de l'utérus avec lésions du rectum. (*American Journal of Obst. and Gyn.*, 1^{er} janvier 1929.)
- YANOV. — (*Semana Medica*, 4 décembre 1930.)
- YAVANOVITCH. — (*Le Monde Médical*, 15 mars 1938.)
- ZEHNTER. — Perforation gangréneuse de l'utérus par suite de manœuvre abortive. (*Thèse de Strasbourg*, 1920-1921.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



